BlueCross BlueShield of Illinois









# Guía de inscripción

TRU-GRIND, INC
PPO/HSA/HMO
01/12/2023

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



# Aproveche al máximo su cobertura médica

Le damos la bienvenida a Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), una compañía líder en brindar acceso a servicios de atención médica. Por muchos años hemos ayudado a personas como usted a aprovechar al máximo su cobertura médica.

Lea esta guía para conocer los servicios con cobertura que le ofrece su empresa. Considere cómo usted y su familia aprovecharán estos servicios con cobertura. Visite espanol.bcbsil.com para informarse acerca de los productos y los servicios disponibles, y sobre cómo usar y aprovechar su cobertura médica.

### Tarjeta de asegurado

Después de que se procese su solicitud de cobertura, usted recibirá una tarjeta de asegurado por correo postal. Presente la tarjeta cuando consulte a su médico, acuda a un hospital o a cualquier otro centro para recibir atención médica. La tarjeta incluye números telefónicos que podrían serle útiles.

### Blue Access for Members℠

Visite espanol.bcbsil.com/member para crear una cuenta en el portal protegido para asegurados Blue Access for Members. Busque la pestaña "Iniciar" y haga clic en "Inscribirse". Utilice la información en su tarjeta de asegurado para completar este proceso. En este sitio web puede consultar sus reclamaciones, solicitar tarjetas adicionales de asegurado, consultar información sobre salud y mucho más.

### Ahorre al recibir atención médica en la red

Recibir atención de prestadores de servicios médicos contratados por la red puede ayudarlo a ahorrar dinero. Identifique el nombre de la red de su cobertura en su tarjeta de asegurado. Luego, visite espanol.bcbsil.com para buscar médicos, hospitales y otros centros que brinden atención médica.

### Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda

Nuestro equipo conoce su póliza de seguro y puede ayudarlo a aprovechar al máximo los servicios con cobertura. Llame sin costo al número que aparece en su tarjeta de asegurado.

**The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023 or by calling 1-800-541-2768. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-855-756-4448 to request a copy.

| Important Questions | Answers | Why This Matters: |
|---|---|---|
| **What is the overall deductible?** | Individual: Participating $1,500; Non-Participating $3,000<br>Family: Participating $4,500; Non-Participating $9,000 | Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible. |
| **Are there services covered before you meet your deductible?** | Yes. Certain preventive care services and services with a copayment are covered before you meet your deductible. | This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **Are there other deductibles for specific services?** | Yes. Out-of-Network Inpatient $300.There are no other specific deductibles. | You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services. |
| **What is the out-of-pocket limit for this plan?** | Individual: Participating $3,500; Non-Participating $10,500<br>Family: Participating $10,500; Non-Participating $31,500 | The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met. |
| **What is not included in the out-of-pocket limit?** | Premiums, balance billing charges, and health care this plan doesn't cover. | Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit. |
| **Will you pay less if you use a network provider?** | Yes. See www.bcbsil.com or call 1-800-541-2768 for a list of Participating Providers. | This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services. |
| **Do you need a referral to see a specialist?** | No. | You can see the specialist you choose without a referral. |

All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Participating Provider (You will pay the least) | Non-Participating Provider (You will pay the most) | |
| **If you visit a health care provider's office or clinic** | Primary care visit to treat an injury or illness | $30/visit; deductible does not apply | 40% coinsurance | Virtual Visits: No Charge; deductible does not apply. See your benefit booklet* for more details. |
| | Specialist visit | $50/visit; deductible does not apply | 40% coinsurance | None |
| | Preventive care/screening/ immunization | No Charge; deductible does not apply | 40% coinsurance | You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. |
| **If you have a test** | Diagnostic test (x-ray, blood work) | Primary Care: $30/visit Specialist: $50/visit; deductible does not apply | 40% coinsurance | Preauthorization may be required; see your benefit booklet* for details. |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | 20% coinsurance | 40% coinsurance | |
| **If you need drugs to treat your illness or condition** More information about **prescription drug coverage** is available at www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists | Preferred generic drugs | Retail: Preferred - No Charge Non-Preferred - $10/prescription Mail: No Charge; deductible does not apply | Retail: $10/prescription; deductible does not apply | Limited to a 30-day supply at retail (or a 90-day supply at a network of select retail pharmacies). Up to a 90-day supply at mail order. Specialty drugs limited to a 30-day supply. Payment of the difference between the cost of a brand name drug and a generic may also be required if a generic drug is available. The applicable cost-sharing (by tier) and the cost difference between the generic and brand will never exceed the overall price of the drug. All Out-of-Network prescriptions are subject to a 50% additional charge after the applicable copayment/coinsurance. Additional charge will not apply to any deductible or out-of-pocket amounts. The amount you may pay per 30-day supply of a covered insulin drug, regardless of quantity or type, shall not exceed $100, when obtained |
| | Non-preferred generic drugs | Retail: Preferred - $10/prescription Non-Preferred - $20/prescription Mail: $20/prescription; deductible does not apply | Retail: $20/prescription; deductible does not apply | |
| | Preferred brand drugs | Retail: Preferred - $50/prescription Non-Preferred - $70/prescription Mail: $100/prescription; deductible does not apply | Retail: $70/prescription; deductible does not apply | |


*For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Participating Provider (You will pay the least) | Non-Participating Provider (You will pay the most) | |
| | Non-preferred brand drugs | Retail: Preferred - $100/prescription Non-Preferred - $120/prescription Mail: $200/prescription; deductible does not apply | Retail: $120/prescription; deductible does not apply | from a Preferred Participating or Participating Pharmacy. |
| | Preferred specialty drugs | $150/prescription; deductible does not apply | $150/prescription; deductible does not apply | |
| | Non-preferred specialty drugs | $250/prescription; deductible does not apply | $250/prescription; deductible does not apply | |
| **If you have outpatient surgery** | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization may be required. For Outpatient Infusion Therapy, see your benefit booklet* for details. |
| | Physician/surgeon fees | 20% coinsurance | 40% coinsurance | |
| **If you need immediate medical attention** | Emergency room care | $150/visit; deductible does not apply | $150/visit; deductible does not apply | Copayment waived if admitted. |
| | Emergency medical transportation | 20% coinsurance | 20% coinsurance | Preauthorization may be required for non-emergency transportation; see your benefit booklet* for details. |
| | Urgent care | 20% coinsurance | 40% coinsurance | None |
| **If you have a hospital stay** | Facility fee (e.g., hospital room) | 20% coinsurance | $300/visit plus 40% coinsurance | Preauthorization required. Preauthorization penalty: $1,000 or 50% of the eligible charge. See your benefit booklet* for details. |
| | Physician/surgeon fees | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization required. |
| **If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services** | Outpatient services | $30/office visit; 20% coinsurance for other outpatient services | 40% coinsurance | Preauthorization may be required; see your benefit booklet* for details. |
| | Inpatient services | 20% coinsurance | $300/visit plus 40% coinsurance | Preauthorization required. |
| **If you are pregnant** | Office visits | Primary Care: $30/visit Specialist: $50/visit; deductible does not apply | 40% coinsurance | Copayment applies to first prenatal visit (per pregnancy). Cost sharing does not apply to certain preventive services. Depending on the type of services, coinsurance may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound). |
| | Childbirth/delivery professional services | 20% coinsurance | 40% coinsurance | |
| | Childbirth/delivery facility services | 20% coinsurance | $300/visit plus 40% coinsurance | |



*For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|---|
| | | Participating Provider (You will pay the least) | Non-Participating Provider (You will pay the most) | |
| **If you need help recovering or have other special health needs** | Home health care | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization may be required. |
| | Rehabilitation services | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization may be required. |
| | Habilitation services | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization may be required. |
| | Skilled nursing care | 20% coinsurance | $300/visit plus 40% coinsurance | Preauthorization may be required. |
| | Durable medical equipment | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Benefits are limited to items used to serve a medical purpose. DME benefits are provided for both purchase and rental equipment (up to the purchase price). |
| | Hospice services | 20% coinsurance | 40% coinsurance | Preauthorization may be required. |
| **If your child needs dental or eye care** | Children's eye exam | Not Covered | Not Covered | None |
| | Children's glasses | Not Covered | Not Covered | |
| | Children's dental check-up | Not Covered | Not Covered | |


*For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023

## Excluded Services & Other Covered Services:

**Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)**

- Acupuncture
- Dental care (Adult)
- Long-term care
- Routine eye care (Adult)
- Weight loss programs

**Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)**

- Bariatric surgery
- Chiropractic care (Chiropractic and Osteopathic manipulation limited to 30 visits per calendar year)
- Cosmetic surgery (only for correcting congenital deformities or conditions resulting from accidental injuries, scars, tumors, or diseases)
- Hearing aids (for children 1 per ear every 24 months, for adults up to $2,500 per ear every 24 months)
- Infertility treatment (4 invitro attempt maximum with special approval up to 6 per benefit period)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine foot care (only in connection with diabetes)

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the plan at 1-800-541-2768, U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Blue Cross and Blue Shield of Illinois at 1-800-541-2768 or visit www.bcbsil.com, or contact the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or visit www.dol.gov/ebsa/healthreform. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the Illinois Department of Insurance at (877) 527-9431 or visit http://insurance.illinois.gov.

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage?** **Yes**

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

**Does this plan meet the Minimum Value Standards?** **Yes**

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

## Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-541-2768.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-541-2768.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-541-2768.

***To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.***

## About these Coverage Examples:

**This is not a cost estimator.** Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost-sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

### Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

| | |
|---|---|
| **The plan's overall deductible** | **$1,500** |
| **Specialist copayment** | **$50** |
| **Hospital (facility) coinsurance** | **20%** |
| **Other coinsurance** | **20%** |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Specialist office visits *(prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests *(ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

| **Total Example Cost** | **$12,700** |
|---|---|
| **In this example, Peg would pay:** | |
| *Cost Sharing* | |
| Deductibles | $1,500 |
| Copayments | $400 |
| Coinsurance | $1,600 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $60 |
| **The total Peg would pay is** | **$3,560** |

### Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

| | |
|---|---|
| **The plan's overall deductible** | **$1,500** |
| **Specialist copayment** | **$50** |
| **Hospital (facility) coinsurance** | **20%** |
| **Other coinsurance** | **20%** |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Primary care physician office visits *(including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

| **Total Example Cost** | **$5,600** |
|---|---|
| **In this example, Joe would pay:** | |
| *Cost Sharing* | |
| Deductibles | $800 |
| Copayments | $1,100 |
| Coinsurance | $0 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $20 |
| **The total Joe would pay is** | **$1,920** |

### Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

| | |
|---|---|
| **The plan's overall deductible** | **$1,500** |
| **Specialist copayment** | **$50** |
| **Hospital (facility) coinsurance** | **20%** |
| **Other coinsurance** | **20%** |

**This EXAMPLE event includes services like:**
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

| **Total Example Cost** | **$2,800** |
|---|---|
| **In this example, Mia would pay:** | |
| *Cost Sharing* | |
| Deductibles | $1,500 |
| Copayments | $300 |
| Coinsurance | $40 |
| *What isn't covered* | |
| Limits or exclusions | $0 |
| **The total Mia would pay is** | **$1,840** |

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

BlueCross BlueShield of Illinois

**Health care coverage is important for everyone.**

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Complaint Forms: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

| | |
|---|---|
| Español<br>Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intèrprete, llame al 855-710-6984. |
| العربية<br>Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文<br>Chinese | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。 |
| Français<br>French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984. |
| Deutsch<br>German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસબીએમ. કાયકેમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | यिद आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा म निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करन का अधिकार है। किसी अनवादक स बात करन क लिए 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| Italiano<br>Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 한국어<br>Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오. |
| Diné<br>Navajo | T'áá ni, éí doodago ła'da bikà anánílwo'igii, na'idilkidgo, ts'idá bee ná ahóóti'i' t'áá niik'e nikà a'doolwol dóó bina'idilkidígii bee nil h odoonih. Ata'dahalne'igii bich'į' hodiilnih kwe'é 855-710-6984. |
| فارسی<br>Persian | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماسا حاصل نمایید. |
| Polski<br>Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| Русский<br>Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog<br>Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو<br>Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہو، تو آپ کو اپنی زبان میں بلامعاوضہ مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984. |

**El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023 o llame al 1-800-541-2768. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Individual: Participante $3,500; No participante $7,000<br>Familiar: Participante $7,000; No participante $14,000 | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los profesionales de la salud hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible general familiar antes de que el plan comience a pagar. |
| **¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el deducible?** | Sí. Ciertos servicios de atención médica preventiva tienen cobertura antes de cumplir con su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin gastos compartidos y antes de cumplir con su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | Sí. Hospitalizaciones fuera de la red $300. No hay otros deducibles específicos. | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| **¿Cuál es el de bolsillo gastos de bolsillo para este plan?** | Individual: Participante $5,800; No participante $17,400<br>Familiar: Participante $7,350; No participante $22,050 | El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, se debe alcanzar el límite de gasto de bolsillo familiar general. |
| **¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo?** | Primas de la póliza, cargos por facturas con saldo adicional y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gasto de bolsillo. |
| **¿Pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red?** | Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-541-2768 para obtener una lista de los proveedores participantes. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor que no forma parte de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor que forma parte de la red puede trabajar con un proveedor que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su profesional de la salud antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin un referido. |

⚠ Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica** | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Consultas virtuales: Coseguro del 20% Consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles. |
| | Consulta con un Especialista | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Ninguna |
| | Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas | Sin cargo; no se aplica el deducible | Coseguro del 40% | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan. |
| **Si tiene que hacerse una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección** Puede encontrar más información acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** está disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists | Medicamentos genéricos preferidos | Preferido: Coseguro del 10%<br>No preferido: Coseguro del 20% | Locales comerciales: Coseguro del 20% | Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Los gastos compartidos correspondientes (por nivel) y la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca nunca excederán el precio total de dicho medicamento. Todos los medicamentos con receta fuera de la red están sujetos a un cargo adicional del 50% después del copago/coseguro correspondientes. No se aplicarán cargos adicionales a ningún deducible o monto de gasto de bolsillo. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a $100, cuando se obtiene de una Farmacia Participante o Participante Preferido. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos | Preferido: Coseguro del 10%<br>No preferido: Coseguro del 20% | Locales comerciales: Coseguro del 20% | |
| | Medicamentos de marca preferidos | Preferido: Coseguro del 20%<br>No preferido: Coseguro del 30% | Locales comerciales: Coseguro del 30% | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Preferido: Coseguro del 30%<br>No preferido: Coseguro del 40% | Locales comerciales: Coseguro del 40% | |
| | Medicamentos especializados preferidos | Coseguro del 40% | Coseguro del 40% | |
| | Medicamentos especializados no preferidos | Coseguro del 50% | Coseguro del 50% | |
| **Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados** | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | |


* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si requiere atención médica inmediata** | Atención de la sala de emergencias | Coseguro del 20% | Coseguro del 20% | Ninguna |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 20% | Coseguro del 20% | Puede que se requiera autorización previa para transporte que no es de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Atención médica inmediata | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Ninguna |
| **Si tiene una estadía en un hospital** | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | Coseguro del 20% | $300 por consulta más un Coseguro del 40% | Se requiere autorización previa. Multa por servicio sin autorización previa: $1,000 o un 50% del cargo elegible. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Se requiere autorización previa. |
| **Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias** | Servicios para pacientes no hospitalizados | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Servicios para pacientes internados | Coseguro del 20% | $300 por consulta más un Coseguro del 40% | Se requiere autorización previa. |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Los gastos compartidos no se aplican a los servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro o deducible. La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | |
| | Servicios de parto/nacimiento en el centro | Coseguro del 20% | $300 por consulta más un Coseguro del 40% | |


* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas** | Atención médica en el hogar | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. |
| | Servicios de habilitación | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. |
| | Atención de enfermería especializada | Coseguro del 20% | $300 por consulta más un Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de equipo médico duradero (DME, en inglés) se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. |
| | Cuidados paliativos | Coseguro del 20% | Coseguro del 40% | Puede que se requiera autorización previa. |
| **Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos** | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | |

## Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

**Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Acupuntura
- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su plan ).**

- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario)
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses, para adultos, hasta $2,500 por oído cada 24 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería de servicio privado
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-541-2768, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones:** existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-541-2768 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite http://insurance.illinois.gov.

**¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima?** **Sí**
La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo?** **Sí**
Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

**Servicios de asistencia en otros idiomas:**
Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-541-2768.
Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.
Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-541-2768.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-541-2768.

***Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.***

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

- **deducible general del plan** **$3,500**
- **Coseguro del Especialista** **20%**
- **Coseguro del hospital (centro)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Visitas al consultorio del Especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita del Especialista *(anestesia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Peg debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $3,500 |
| Copagos | $0 |
| coseguro | $1,800 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que debe pagar Peg es** | **$5,360** |

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para la afección bien controlada)

- **deducible general del plan** **$3,500**
- **Coseguro del Especialista** **20%**
- **Coseguro del hospital (centro)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Visitas al consultorio del Médico de atención primaria *(incluida la información sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Joe debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $3,500 |
| Copagos | $0 |
| coseguro | $400 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que debe pagar Joe es** | **$3,920** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **deducible general del plan** **$3,500**
- **Coseguro del Especialista** **20%**
- **Coseguro del hospital (centro)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Atención de la sala de emergencias *(incluidos los suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Mia debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $2,800 |
| Copagos | $0 |
| coseguro | $0 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que debe pagar Mia es** | **$2,800** |

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLOS.

BlueCross BlueShield of Illinois

**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

| | | |
|---|---|---|
| Office of Civil Rights Coordinator | Teléfono: | 855-664-7270 (correo de voz) |
| 300 E. Randolph St. | TTY/TDD: | 855-661-6965 |
| 35th Floor | Fax: | 855-661-6960 |
| Chicago, Illinois 60601 | | |

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

| | | |
|---|---|---|
| U.S. Dept. of Health & Human Services | Teléfono: | 800-368-1019 |
| 200 Independence Avenue SW | TTY/TDD: | 800-537-7697 |
| Room 509F, HHH Building 1019 | Portal de quejas: | https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf |
| Washington, DC 20201 | Formulario de Quejas: | http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |

BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

| | |
|---|---|
| Español<br>Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. |
| العربية<br>Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文<br>Chinese | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。 |
| Français<br>French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984. |
| Deutsch<br>German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયકેમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | यिद आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा म निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करन का अधिकार है। किसी अनवादक स बात करन क लिए 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| Italiano<br>Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 한국어<br>Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오. |
| Diné<br>Navajo | T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánilwo'igii, na'idilkidgo, ts'idá bee ná ahóóti'i' t'áá niik'e níká a'doolwoł dóó bina'idilkidigii bee nił h odoonih. Ata'dahalne'igii bich'į' hodiilnih kwe'é 855-710-6984. |
| فارسی<br>Persian | اگر شما، یا کسي که شما به او کمک مي کنيد، سؤالي داشته باشيد، حق اين را داريد که به زبان خود، به طور رايگان کمک و اطلاعات دريافت نماييد. جهت گفتگو با يک مترجم شفاهي، با شماره 855-710-6984 تماسا حاصل نماييد |
| Polski<br>Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| Русский<br>Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog<br>Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو<br>Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفتمدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984. |

**El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsil.com/member/policy-forms/2023 o llame al 1-800-892-2803. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | $0 | Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para ver cuánto paga por los servicios que cubre este plan. |
| **¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el deducible?** | No. | Deberá cumplir con el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No necesita cumplir con los deducibles para servicios específicos. |
| **¿Cuál es el de bolsillo gastos de bolsillo para este plan?** | Individual: Participante $3,000<br>Familiar: Participante $6,000 | El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gasto de bolsillo hasta alcanzar el límite de gasto de bolsillo familiar general. |
| **¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo?** | Primas y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gasto de bolsillo. |
| **¿Pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red?** | Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-892-2803 para obtener una lista de los proveedores participantes. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor que no forma parte de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor que forma parte de la red puede trabajar con un proveedor que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su profesional de la salud antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un especialista?** | Sí. | El plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos prestados por un especialista, siempre que tenga un referido antes de ver al especialista. |

⚠ Todos los costos de **copago** y **Coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica** | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $40 por consulta | Sin cobertura | Ninguna |
| | Consulta con un Especialista | $60 por consulta | Sin cobertura | Se requiere un referido. |
| | Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan. |
| **Si tiene que hacerse una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere un referido. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | Sin cargo | Sin cobertura | |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br>Puede encontrar más información acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** está disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists | Medicamentos genéricos preferidos | Locales comerciales: Sin cargo<br>Entrega a domicilio: Sin cargo | Sin cobertura | Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Los gastos compartidos correspondientes (por nivel) y la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca nunca excederán el precio total de dicho medicamento.<br>El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a $100, cuando se obtiene de una Farmacia Participante. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos | Locales comerciales: $10 por receta médica<br>Entrega a domicilio: $20 por receta médica | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca preferidos | Locales comerciales: $35 por receta médica<br>Entrega a domicilio: $70 por receta médica | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Locales comerciales: $75 por receta médica<br>Entrega a domicilio: $150 por receta médica | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados preferidos | $150 por receta médica | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados no preferidos | $250 por receta médica | Sin cobertura | |
| **Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados** | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | $250 por consulta | Sin cobertura | Se requiere un referido. En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cobertura | |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si requiere atención médica inmediata** | Atención de la sala de emergencias | $350 por consulta | $350 por consulta | Se elimina el copago si es admitido. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Ninguna |
| | Atención médica inmediata | Atención primaria: $40 por consulta<br>Especialista: $60 por consulta | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si tiene una estadía en un hospital** | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | $500 por día | Sin cobertura | Se requiere un referido. Se aplica un copago por día durante los primeros 3 días. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere un referido. |
| **Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias** | Servicios para pacientes no hospitalizados | $40 por visitas al consultorio o sin cargo por otros servicios para pacientes no hospitalizados | Sin cobertura | Se requiere un referido. |
| | Servicios para pacientes internados | $500 por día | Sin cobertura | Se requiere un referido. Se aplica un copago por día durante los primeros 3 días. |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Atención primaria: $40 por consulta inicial<br>Especialista: $60 por consulta inicial | Sin cobertura | El copago se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los gastos compartidos no se aplican a los servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago.<br>La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido).<br>Se aplica un copago de paciente internado por día durante los primeros 3 días. |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | Sin cargo | Sin cobertura | |
| | Servicios de parto/nacimiento en el centro | $500 por día | Sin cobertura | |

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor participante (usted pagará menos) | Proveedor no participante (usted pagará más) | |
| **Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas** | Atención médica en el hogar | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere un referido. |
| | Servicios de rehabilitación | $40 por consulta | Sin cobertura | Se requiere un referido. 60 visitas combinadas/año calendario. Incluye, entre otras, terapia física, ocupacional o del habla. Puede aplicarse un copago. |
| | Servicios de habilitación | $40 por consulta | Sin cobertura | Se requiere un referido. 60 consultas combinadas por año calendario. Incluye, entre otras, terapia física, ocupacional o del habla. Puede aplicarse un copago. |
| | Atención de enfermería especializada | $500 por día | Sin cobertura | Se requiere un referido. No incluye cuidado de custodia. Se aplica un copago por día durante los primeros 3 días. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere un referido. Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de equipo médico duradero (DME, en inglés) se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. |
| | Cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere un referido. Puede aplicarse un copago para pacientes internados. |
| **Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos** | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | |

## Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

**Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica (a menos que sea médicamente necesaria)
- Cirugía cosmética
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su plan ).**

- Acupuntura
- Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario)
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses, para adultos, hasta $2,500 por oído cada 24 meses)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-892-2803, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones:** existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-892-2803 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite http://insurance.illinois.gov.

**¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima?** **Sí**
La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo?** **Sí**
Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

**Servicios de asistencia en otros idiomas:**
Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-892-2803.
Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-892-2803.
Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-892-2803.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-892-2803.

***Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.***

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$60**
- **Copago del hospital (centro)** **$500**
- **Otro** **$0**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Visitas al consultorio del Especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita del Especialista *(anestesia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Peg debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $0 |
| Copagos | $500 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que debe pagar Peg es** | **$560** |

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para la afección bien controlada)

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$60**
- **Copago del hospital (centro)** **$500**
- **Otros** **$0**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Visitas al consultorio del Médico de atención primaria *(incluida la información sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Joe debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $0 |
| Copagos | $900 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que debe pagar Joe es** | **$920** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **Deducible general del plan** **$0**
- **Copago del especialista** **$60**
- **Copago del hospital (centro)** **$500**
- **Otro** **$0**

**Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:**
Atención de la sala de emergencias *(incluidos los suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Mia debe pagar:** | |
| *Gastos compartidos* | |
| deducibles | $0 |
| Copagos | $700 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué servicios no cubre el plan* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que debe pagar Mia es** | **$700** |

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLOS.

BlueCross BlueShield of Illinois

**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

| | | |
|---|---|---|
| Office of Civil Rights Coordinator<br>300 E. Randolph St.<br>35th Floor<br>Chicago, Illinois 60601 | Teléfono:<br>TTY/TDD:<br>Fax: | 855-664-7270 (correo de voz)<br>855-661-6965<br>855-661-6960 |

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

| | | |
|---|---|---|
| U.S. Dept. of Health & Human Services<br>200 Independence Avenue SW<br>Room 509F, HHH Building 1019<br>Washington, DC 20201 | Teléfono:<br>TTY/TDD:<br>Portal de quejas:<br>Formulario de Quejas: | 800-368-1019<br>800-537-7697<br>https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf<br>http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |

BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

| | |
|---|---|
| Español<br>Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. |
| العربية<br>Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文<br>Chinese | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。 |
| Français<br>French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984. |
| Deutsch<br>German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયકેમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा म निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करन का अधिकार है। किसी अनुवादक स बात करन क लिए 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| Italiano<br>Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 한국어<br>Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오. |
| Diné<br>Navajo | T'áá ni, éí doodago la'da bikà anánilwo'igii, na'idilkidgo, ts'idá bee ná ahóóti'i' t'áá niik'e nikà a'doolwol dóó bina'idilkidigii bee nil h odoonih. Ata'dahalne'igii bich'į' hodiilnih kwe'é 855-710-6984. |
| فارسی<br>Persian | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید. |
| Polski<br>Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| Русский<br>Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog<br>Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو<br>Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے، آپ کو اپنی زبان میں بلامعاوضہ مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984. |



# Cobertura PPO

## Con la cobertura PPO, usted puede elegir al médico con quien desee atenderse.

La cobertura PPO incluye una gran gama de servicios y la flexibilidad para elegir cualquier médico u hospital cuando necesite atención médica. La cobertura incluye un deducible anual que usted deberá alcanzar para tener derecho a los servicios con cobertura. Los gastos médicos elegibles son aplicados en favor de su deducible.

### Red PPO

Una de las muchas razones para seleccionar la cobertura PPO es el acceso a la vasta red de prestadores de servicios médicos contratados. La red incluye hospitales, médicos, terapeutas, profesionales en salud mental y prestadores de servicios médicos alternativos.

Usted y sus derechohabientes en la póliza pueden recibir atención de cualquier médico, hospital u otro profesional de la salud. Recuerde que, al atenderse con profesionales médicos contratados en la red, pagará menos de su bolsillo, no tendrá que presentar reclamaciones y tendrá derecho al nivel más alto de cobertura. Si se atiende con médicos fuera de la red, usted aún tendrá cobertura, pero sus gastos de bolsillo podrían ser considerablemente más altos.

### Atención médica

Entre los servicios con cobertura se encuentran*:

- consultas médicas en consultorios
- detección de cáncer de seno
- detección de cáncer del cuello uterino
- servicios hospitalarios para pacientes internados
- servicios de manipulación muscular
- servicios hospitalarios para pacientes externos
- fisioterapia, terapia del habla y ocupacional
- cirugías para pacientes externos y exámenes diagnósticos
- tratamiento de infertilidad
- atención médica durante la maternidad
- servicios de salud mental y tratamientos por abuso de sustancias
- tratamiento en hospital en casos de emergencias médicas y accidentes

Busque médicos u hospitales contratados en **espanol.bcbsil.com** y acceda a nuestro directorio Provider Finder®, o llame a BlueCard® Access al **800-810-BLUE** (**800-810-2583**) para solicitar ayuda. Una vez se convierta en uno de nuestros asegurados, usted también podrá llamar sin costo a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

* Los niveles de cobertura varían por seguro de gastos médicos, consulte los documentos de su cobertura.

# ¿No sabe bien dónde atenderse?

SmartER Care℠ options may save you money.

Las opciones de SmartER Care℠ podrían ahorrarle dinero.

Si no se trata de una emergencia, decidir dónde recibir servicios de atención médica podría ahorrarle tiempo y dinero.

La campaña informativa SmartER Care le ofrece opciones para recibir atención médica en casos que no sean de emergencia. La tabla a continuación podrá ayudarlo a determinar el tipo de atención médica que necesite en cada caso.

Por lo general, pagará menos si su familia recibe atención de prestadores de servicios médicos de la red. Busque profesionales de la salud que formen parte de la red en su localidad en **espanol.bcbsil.com** o llamando al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de asegurado.



## Consultorio médico

- Horario de atención variable.
- Por lo general, es la mejor opción cuando no se trate de una emergencia.
- Relación médico–paciente que permite tratar de acuerdo al conocimiento que se tiene de su historial médico.
- Tiempo promedio de espera de 18 minutos.[1]

$



## Clínicas en locales comerciales

- Siguen los horarios de los establecimientos comerciales.
- Gastos de bolsillo generalmente más bajos que en centros de atención médica inmediata.
- Con frecuencia se encuentran en tiendas y farmacias para proporcionar tratamiento económico para problemas menores.

$



## Centros de atención médica inmediata

- Generalmente, atienden por las tardes, los fines de semana y en días festivos.
- Opción si el consultorio de su médico está cerrado y no considera que se trate de una emergencia.
- Tiempo promedio de espera de 16 a 24 minutos.[2]
- Muchos ofrecen la opción de registrarse en línea o por teléfono.

$$




## Salas de emergencias en hospitales

- Atención las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiempo promedio de espera de 35 a 49 minutos (varía).[3]
- Si recibe atención médica en salas de emergencias por parte de profesionales que no sean de la red, es posible que tenga que pagar más. Los profesionales de la salud fuera de la red pueden "facturar saldos", lo que significa que podrían cobrar más de lo previsto por su cobertura médica.
- Varias facturas por los servicios, como las de médicos y las del uso de instalaciones.

$$$




## Salas de emergencias independientes

- Atención las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Se lo podría transferir a la sala de emergencias de algún hospital si es médicamente necesario.
- Sin unidad de traumatología.
- Generalmente, las salas de emergencias independientes están fuera de la red. Si recibe atención médica por parte de profesionales que no sean de la red, es posible que tenga que pagar más. Los profesionales de la salud fuera de la red pueden "facturar saldos", lo que significa que podrían cobrar más de lo previsto por su cobertura médica.
- Todas las salas de emergencias independientes cobran un cargo que los centros de atención médica inmediata no cobran. También es posible que reciba facturas de cada médico que lo atienda.[4]

$$$$

Si necesita atención médica de emergencia, llame al **911** o busque ayuda inmediatamente de un médico o en un hospital.

[1] *Vitals Annual Wait Time Report*, 2017.

[2] *Wait Time Trends in Urgent Care and Their Impact on Patient Satisfaction*, 2017

[3] National Center for Health Statistics, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2019.

[4] The Texas Association of Health Plans.

Aviso: Los costos relativos que se describen aquí son de prestadores de servicios médicos de la red contratados de manera independiente. Los costos de prestadores de servicios médicos fuera de la red podrían ser significativamente más altos. Tiempos de espera únicamente para fines ilustrativos.

La información proporcionada no pretende sustituir el asesoramiento médico ni sustituir la opinión médica individual de un médico u otro profesional de la salud. Consulte a su médico para recibir orientación personalizada. La cobertura podría variar dependiendo de su póliza de seguro y si consulta a profesionales de la salud que formen parte de la red. Si tiene alguna pregunta, llame al número que aparece en su tarjeta de asegurado.

# ¿Cómo decidir dónde atenderse?

Consultorios médicos, clínicas en locales comerciales, centros de atención médica inmediata o salas de emergencias

| | Consultorio médico | Clínicas en locales comerciales | Centros de atención médica inmediata | Salas de emergencias en hospitales | Salas de emergencias independientes |
|---|---|---|---|---|---|
| |  |  |  |  |  |
| **Quiénes suelen proporcionar la atención médica** | **Médicos de atención básica** | **Enfermeros profesionales o asistentes médicos** | **Médicos en medicina interna, medicina familiar y pediatría** | **Médicos para emergencias, medicina interna, especialistas** | **Médicos para emergencias** |
| Esguinces, distensiones | ■ | ■ | ■ | • cualquier problema médico que lo incapacite o ponga en peligro la vida;<br>• pérdida repentina o inexplicable de la conciencia;<br>• lesiones graves;<br>• dolor de pecho, adormecimiento en el rostro, brazos o piernas; dificultad para hablar;<br>• dificultad para respirar;<br>• fiebre alta con cuello rígido, confusión mental o dificultad para respirar;<br>• tos o vómito con sangre;<br>• cortadas o heridas que no dejan de sangrar;<br>• posibles fracturas. | • la mayoría de lesiones excepto trauma[†];<br>• también podrían ofrecer imagenología y servicios de laboratorio, sin incluir traumatología o problemas cardíacos que requieran cateterización[1];<br>• no siempre aceptan ambulancias. |
| Mordidas de animales | ■ | ■ | ■ | | |
| Radiografías | | | ■ | | |
| Suturas | | | ■ | | |
| Asma leve | ■ | ■ | ■ | | |
| Dolores leves de cabeza | ■ | ■ | ■ | | |
| Dolor de espalda | ■ | ■ | ■ | | |
| Náuseas, vómito, diarrea | ■ | ■ | ■ | | |
| Reacciones alérgicas menores | ■ | ■ | ■ | | |
| Tos, dolor de garganta | ■ | ■ | ■ | | |
| Golpes, cortadas, raspones | ■ | ■ | ■ | | |
| Erupciones, quemaduras leves | ■ | ■ | ■ | | |
| Fiebre y resfriados leves | ■ | ■ | ■ | | |
| Dolor de oído o en las cavidades nasales | ■ | ■ | ■ | | |
| Ardor al orinar | ■ | ■ | ■ | | |
| Hinchazón, irritación, enrojecimiento o dolor en los ojos | ■ | ■ | ■ | | |
| Vacunas | ■ | ■ | ■ | | |

**Centro de atención inmediata o sala de emergencias independiente: conocer las diferencias puede ayudarlo a ahorrar dinero**

A veces, puede ser difícil diferenciar los centros de atención médica inmediata y las salas de emergencias independientes. Las salas de emergencias independientes suelen ser muy parecidas a los centros de atención médica inmediata, pero sus costos podrían ser mucho más elevados. Acudir a una sala de emergencias independiente podría resultar en facturas médicas mucho más altas que las tarifas que cobrarían en centros de atención médica inmediata por los mismos servicios.

Estas son algunas maneras de identificar las salas de emergencias independientes:

- Parecen centros de atención médica inmediata, pero la palabra "Emergency" es parte de su nombre o aparece en el rótulo del edificio.
- Atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Están físicamente separadas de hospitales y podrían no estar afiliadas a uno.
- Están sujetas a los mismos gastos compartidos que le corresponden al asegurado por acudir a una sala de emergencias, que puede incluir un copago, coaseguro y cualquier deducible aplicable.

Busque centros de atención médica inmediata1 en su localidad enviando **URGENTIL** por mensaje de texto[2] al **33633**.

[†] *Freestanding ED 101: What you need to know*, julio de 2016, The Advisory Board Company.

[1] Es posible que el centro de atención médica inmediata más cercano no forme parte de la red. Use el directorio Provider Finder® para verificar si el centro al que desee acudir forma parte de la red.

[2] Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Consulte los términos, las condiciones y la política de privacidad en espanol.bcbsil.com/mobile/text-messaging.

230150.0620



# Cobertura Blue Advantage HMO℠

## ¡Cobertura a su favor!

Informarse sobre los servicios con cobertura y saber cómo utilizarlos, puede ayudarlo a atender las necesidades de atención médica de usted y su familia. Con la cobertura Blue Advantage HMO de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), puede aprovechar valiosos servicios incluidos, servicio al cliente y flexibilidad.

Con Blue Advantage HMO, usted primero elige un grupo médico contratado de la red y, luego, un profesional en medicina familiar, medicina interna o pediatría del grupo seleccionado para que sea su médico de cabecera (PCP, en inglés)*. Su médico de cabecera (PCP) es quien le brinda o coordina la atención médica que necesite, lo ayuda a tomar decisiones informadas sobre su salud y le proporciona las órdenes médicas (referidos) para consultar a especialistas que, por lo general, participan en la red de su grupo médico. Cada orden médica para consultar a un especialista está limitada a un número específico de consultas o período determinado (hasta un año).

Aparte del médico de cabecera, las aseguradas pueden elegir un profesional médico principal para la salud de la mujer (WPHCP, en inglés) que les brinde y coordine sus servicios médicos. Tanto el profesional médico principal para la salud de la mujer como el médico de cabecera tienen que estar afiliados o ser empleados del grupo médico participante. Los médicos dentro del mismo grupo médico tienen un acuerdo en cuanto a órdenes médicas. Usted no necesitará un referido de su médico de cabecera para consultar a su profesional médico principal para la salud de la mujer (WPHCP).

### Atención médica

Entre los servicios con cobertura se encuentran*:

- consultas médicas en consultorios
- cirugías y exámenes diagnósticos para pacientes externos
- detección de cáncer de seno
- detección de cáncer del cuello uterino
- detección de cáncer de próstata
- detección de cáncer de colon
- servicios hospitalarios para pacientes internados
- atención médica durante la maternidad
- servicios hospitalarios para pacientes externos
- servicios de salud mental y tratamientos por abuso de sustancias: tratamiento para pacientes internos y externos
- terapia de rehabilitación (como fisioterapia, terapia del habla y ocupacional)
- tratamientos para pacientes internados y externos

*Los niveles de cobertura varían según la póliza, consulte la documentación de su póliza.



## Red Blue Advantage HMO℠

Blue Advantage HMO le da acceso a una amplia red de prestadores de servicios médicos contratados en Illinois. De hecho, es posible que su médico regular ya sea parte de la red. Si usted está pasando por un período de evaluación o tratamiento médico, o está en el segundo o tercer trimestre de embarazo al entrar la cobertura en vigor, y su médico no forma parte de la red, puede solicitar los servicios incluidos de transición de la atención médica. La cobertura de los servicios de transición podría aprobarse por hasta 90 días. Después de este plazo, toda la atención deberá transferirse a su nuevo médico de cabecera o grupo médico de la red. Comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para obtener más información.

Para buscar grupos médicos y un médico de cabecera (PCP) de la red, visite **espanol.bcbsil.com** y haga clic en "Buscar un médico" (*Find a Doctor*). También puede consultar un directorio impreso que puede solicitar llamando a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de BCBSIL. Cada derechohabiente en la póliza puede elegir un grupo médico o PCP diferente, siempre y cuando formen parte de la red. También es fácil cambiar de PCP o grupo médico por cualquier motivo. Para elegir a otro PCP del mismo grupo médico, únicamente tiene que llamar a su grupo médico. Para cambiar de grupo médico, llame a Servicio al Cliente o use el portal para asegurados Blue Access for Members℠ disponible en **espanol.bcbsil.com**. Para obtener más información, consulte el manual *Health Care Benefit Program* o llame a Servicio al Cliente.

## Atención médica preventiva

Otro servicio incluido es la cobertura de atención médica preventiva y servicios de bienestar para niños y adultos, como lo son chequeos médicos, exámenes preventivos, pruebas y vacunas, incluyendo vacunas infantiles. También BCBSIL envía recordatorios a los asegurados para que programen sus vacunas contra la gripe, mamografías y pruebas de Papanicolaou, así como para completar las vacunas requeridas en las primeras etapas de la niñez.

## Servicios para el cuidado de la vista

El programa de descuentos para la vista está disponible a través de una compañía asociada. Tendrá acceso a una de las redes más grandes del país, con oftalmólogos y locales comerciales reconocidos, y muchos de ellos atienden por la noche, entre semana y en fines de semana. Comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para solicitar más información.

## BlueCard®

El programa cubre a los asegurados con cobertura Blue Advantage HMO que necesiten atención médica, en casos que no sean de emergencia, mientras viajan fuera de Illinois. Comuníquese sin costo con BlueCard al **800-810-BLUE** (**800-810-2583**) para buscar profesionales médicos de la red en la localidad a la que esté viajando o visite el sitio web de Blue Cross and Blue Shield Association, en **espanol.bcbs.com**. Una vez localice uno, puede llamar directamente al prestador de servicios médicos para programar una cita. Pagará el copago correspondiente al momento de recibir el servicio y no tendrá que presentar reclamaciones.

Este documento tiene fines ilustrativos y es únicamente un resumen de los servicios con cobertura.
Consulte todos los servicios con cobertura en su contrato o certificado (manual *Health Care Benefit Program*).

229059.0421

## Atención médica de emergencia

Tendrá cobertura médica para recibir atención en salas de emergencias (ER, en inglés) en hospitales, atención hospitalaria en caso de admisión a causa de cualquier emergencia médica y el seguimiento necesario después de acudir a salas de emergencias. La cobertura para atención médica de emergencia es para los asegurados que sufran una emergencia médica que pueda surgir en cualquier momento.

Si es posible, intente llamar a su médico de cabecera (PCP) antes de acudir a la sala de emergencias de un hospital. El médico de cabecera u otro médico del grupo médico contratado podrían atenderlo en el consultorio, evitando así que acuda a la sala de emergencias de un hospital y que podría resultar en un gasto adicional para usted.

Sin embargo, si cree que su problema médico se trata de una emergencia médica, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.* Avísele al médico de cabecera sobre cualquier tratamiento de emergencia que reciba. Los servicios médicos de emergencia se limitan al tratamiento de emergencia inicial, a menos de que su PCP ordene tratamiento adicional. Su PCP deberá prestar o coordinar la atención médica de seguimiento.

## Centros de atención médica inmediata y salas de emergencias independientes

A veces, puede ser difícil diferenciar los centros de atención médica inmediata y las salas de emergencias independientes. Las salas de emergencias independientes suelen ser muy parecidas a los centros de atención médica inmediata, pero sus costos podrían ser mucho más elevados. Una visita a una sala de emergencias independiente resulta en facturas médicas inesperadas que pueden ser de cuatro a cinco veces más altas que las de los centros de atención médica inmediata por los mismos servicios[1].

Las salas de emergencias independientes se parecen mucho a los centros de atención inmediata, pero estas incluyen en su nombre la palabra "EMERGENCY" (emergencia). Por lo general, atienden las 24 horas del día, los siete días de la semana, y están físicamente separadas de un hospital. De ser posible, intente llamar a su PCP antes de acudir a un centro de atención médica inmediata o sala de emergencias.

## Cirugía reconstructiva

Las leyes federales y estatales de Illinois exigen que las pólizas de cobertura médica disponibles como prestación laboral y las aseguradoras proporcionen cobertura para cirugías reconstructivas después de una mastectomía. Estas leyes estipulan que las coberturas médicas que incluyan mastectomías también deben proporcionar cobertura acorde a la recomendación del médico encargado y de la paciente para la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico, y prótesis y tratamientos para pacientes con complicaciones físicas para todas las etapas de la atención médica de la mastectomía, incluidas las linfedemas.

Blue Advantage HMO cubre estos procedimientos y mamografías anuales si son ordenados por el PCP o WPHCP de la asegurada, los servicios médicos están sujetos a los términos aplicables de la cobertura médica de la asegurada. Visite **espanol.bcbsil.com** o llame a Servicio al Cliente para solicitar más información.

## Gestión de la utilización de tratamientos

En Blue Advantage HMO apoyamos la noción de que las personas indicadas para determinar el tipo de atención médica que usted necesita son usted y su médico. BCBSIL no se involucra en la decisión del curso de tratamiento. Esto nos distingue de la mayoría de las coberturas HMO. Su médico debería de escuchar las inquietudes sobre su salud e informarle sobre todas sus opciones de tratamiento para ayudarlo a tomar decisiones informadas. El grupo médico de la red podría revisar ciertas órdenes o procedimientos médicos para confirmar la idoneidad de la atención médica. El administrador de la cobertura HMO no se involucra, a menos de que usted presente una apelación ante BCBSIL si no está de acuerdo con las decisiones que tomaron su PCP o grupo médico.

## Tratamientos para trastornos por consumo de sustancias

Los tratamientos para trastornos por consumo de sustancias (o abuso de sustancias) están incluidos en la cobertura. Por favor comuníquese con su PCP para solicitarle una orden médica para acudir a un especialista.

Si tiene alguna pregunta, visite **espanol.bcbsil.com** o llame a Servicio al Cliente al **800-892-2803**.

* En caso de emergencias médicas, llame al 911 o a los servicios de emergencia en su localidad.
Este programa no sustituye la atención de un médico. Hable con su médico sobre cualquier pregunta o inquietud relacionada con su salud.

[1] *Feestanding ERs: the Need for Greater Transparency and More Consumer Protections.* (2016). The Texas Association of Health Plans



# Coberturas BlueEdge HSA℠ y BlueEdge Select HSA℠

## ¿Por qué elegir BlueEdge℠?

BlueEdge HSA es una cobertura médica autodirigida (CDHP, en inglés) que lo ayuda a alcanzar sus metas de salud y financieras. Se trata de una cobertura médica acreditada con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), no sujeta a impuestos, que usted puede usar ya sea para pagar gastos médicos elegibles o seguir ahorrando.

Usted, su empleador o cualquier otra persona pueden realizar depósitos en la cuenta.

### BlueEdge HSA le ayuda con lo siguiente:

**Asequibilidad:** Use los fondos de la cuenta de ahorros para gastos médicos como apoyo para cumplir con su deducible o déjelos intactos y siga ahorrando.

**Ahorros en impuestos:** Los fondos de la cuenta de ahorros que use para pagar gastos médicos elegibles están exentos de impuestos.

**Portabilidad:** Su cuenta de ahorros le pertenece a usted. Los fondos que no use pueden transferirse al próximo año o puede retirar el dinero si cambia de cobertura médica o de empleo, o si se jubila.

**Control:** Usted decide cómo, cuándo y dónde gastar su dinero destinado para la atención médica. Cuanto más ingenioso sea como consumidor, más podrá hacer con su cuenta de ahorros para gastos médicos.

**Libertad y elección:** Elija cualquier médico cuando necesite atención, pero elegir un médico de la red le da derecho a recibir el nivel más alto de cobertura por los servicios.

### Hay más motivos para elegir BlueEdge:

**Atención preventiva y consultas de bienestar:** Los adultos y niños tienen cobertura al 100% cuando acuden a prestadores de servicios médicos de la red*. No es necesario cumplir con el deducible para aprovechar estos servicios.

**Recursos en línea para tomar decisiones:** Personalice la forma en que gestiona la atención médica y sus gastos médicos. Inicie sesión en el portal protegido para asegurados Blue Access for Members℠ en **espanol.bcbsil.com** para lo siguiente:

- gestionar servicios médicos con cobertura;
- buscar prestadores de servicios médicos de la red;
- cotizar costos de procedimientos o tratamientos;
- buscar información y recursos sobre salud y bienestar;
- comunicarse con profesionales médicos a través del servicio de enfermería telefónica 24/7 Nurseline para que lo ayuden con sus inquietudes relacionadas con la salud.

### Información de la red

Use nuestro directorio Provider Finder® en **espanol.bcbsil.com** para saber si su médico participa en la red o para buscar otro prestador de servicios médicos de la red. También puede llamar sin costo a BlueCard® Access al **800-810-BLUE** (**800-810-2583**) para solicitar información de los prestadores de servicios médicos. Una vez que sea nuestro asegurado, podrá llamar sin costo a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de aseguradopara recibir ayuda.

*Los niveles de cobertura difieren según la póliza de la cobertura médica, consulte la documentación de la póliza o llame a Servicio al Cliente.

# Gestión de la cuenta de ahorros para gastos médicos

Su cuenta de ahorros para gastos médicos es gestionada por un custodio independiente, no por Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Su empleador le proporcionará la información sobre el custodio de su cuenta.



## Aviso especial sobre las cuentas HSA

Según los reglamentos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), cualquier persona que solicite esta cobertura debe saber que cualquier adulto puede contribuir a la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Cuenta con un seguro de gastos médicos con deducible alto (HDHP, en inglés) elegible para combinarse con una cuenta HSA.
- No cuenta con otra cobertura médica sin deducible (se permiten otros tipos de seguro, como seguros por lesiones específicas o contra accidentes, por discapacidad, dentales, para la vista o de atención médica a largo plazo).
- No es asegurado de Medicare.
    - Una persona puede ser elegible para Medicare y tener una cuenta HSA. Sin embargo, una vez que obtenga cobertura de Medicare, ya no podrá contribuir a la cuenta HSA. La persona puede mantener los fondos en la cuenta antes de solicitar cobertura a Medicare y usar esos fondos libres de impuestos para pagar gastos médicos elegibles.
- No es incluido como derechohabiente en la declaración de impuestos de otras personas.

Existen otros reglamentos sobre contribuciones y reparto. Si usted va a solicitar una cobertura que incluye una cuenta de ahorros para gastos médicos, primero busque asesoría de un asesor profesional en asuntos fiscales para determinar si su situación personal le permite usar una cuenta HSA. Si tiene una cuenta de gastos flexibles (FSA, en inglés) o una cuenta de rembolso de gastos médicos (HCA, en inglés), confirme con su empleador su elegibilidad para una cuenta HSA. Tanto la cuenta FSA como la cuenta HCA se consideran cuentas limitadas que solo se pueden usar para determinados gastos.

# Cómo funciona

## Ejemplo: BlueEdge HSA

David y Ana y sus dos hijos tienen la cobertura familiar BlueEdge Select HSA a través del empleador de Ana. La cobertura incluye una cuenta de ahorros para gastos médicos con una tarjeta de débito y cheques del administrador de la cuenta HSA*. Al comienzo del año, David y Ana depositaron $3,000 en la cuenta de ahorros para gastos médicos (la contribución no puede exceder el máximo determinado anualmente por IRS).

### Primer año

- **Contribución de Ana a la cuenta de ahorros para gastos médicos = $3,000**
- **Deducible familiar anual de Ana = $3,000**

David y Ana se realizaron exámenes físicos y pruebas de laboratorio preventivas†.

- La aseguradora cubrió $580 en servicios médicos preventivos.

Ambos niños se realizaron exámenes físicos anuales y recibieron vacunas de rutina.

- La aseguradora cubrió $320 en servicios médicos preventivos.

David se desgarró un ligamento de la rodilla que requirió una intervención quirúrgica.

- Los cargos de $675 por acudir a la sala de emergencias se pagaron con la tarjeta de débito de la cuenta de ahorros y el total se aplicó al deducible††.
- El costo de la cirugía fue de $6,000. David pagó $2,325 con la tarjeta de débito. Con esto, el deducible familiar de $3,000 se cumplió y la aseguradora comenzó a pagar. De los $3,675 restantes, la aseguradora pagó el 80% ($2,940) y David pagó el coaseguro del 20% ($735).

Ana consultó a un dermatólogo y le extirparon varios lunares.

- Los cargos fueron de $1,200. La aseguradora pagó el 80% ($960) y Ana pagó el coaseguro del 20% ($240).

Se utilizaron todos los fondos de la cuenta de ahorros para gastos médicos, por lo tanto, no hay fondos para transferirse al próximo año.

### Segundo año

- **David y Ana deciden volver a contribuir $3,000 a su cuenta de ahorros para gastos médicos al inicio del año.**

David y Ana se realizaron exámenes físicos y pruebas de laboratorio preventivas.

- La aseguradora cubrió $525 en servicios médicos preventivos.

Ambos niños se realizaron exámenes físicos anuales.

- La aseguradora cubrió $275 en servicios médicos preventivos.

Ana tuvo una consulta de seguimiento con el dermatólogo.

- Ella pagó $175 por la consulta con la tarjeta de débito HSA, lo que también se aplicó al deducible.

David participó en un programa para dejar de fumar.

- La participación en el programa costó $450 y pagó con un cheque de la cuenta de ahorros. Este gasto no se aplicó al deducible.

Al final del segundo año, aún quedan $2,375 en la cuenta de ahorros para gastos médicos, y esta suma se transfiere al año próximo.

*El prestador de servicios médicos primero debe presentar la reclamación para que sea procesada, de modo que usted reciba los servicios a la tarifa negociada de Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Luego, usted puede usar la tarjeta de débito o los cheques para pagar cualquier saldo adeudado al prestador de servicios médicos.

†En estas ilustraciones, la atención preventiva que reciba en la red tiene cobertura al 100%. No todos los grupos incluyen en sus coberturas la atención preventiva. Consulte a su empleador para obtener toda la información.

††Debe haber fondos disponibles en su cuenta de ahorros para gastos médicos antes de que usted pueda usarlos para pagar por sus servicios médicos. Pregúntele a su empleador cuándo se depositarán los fondos en su cuenta (cada período de pago, trimestralmente, anualmente, etc.).

# Preguntas frecuentes sobre BlueEdge HSA

### ¿Qué es una cuenta de ahorros para gastos médicos?

Si usted cuenta con una cobertura médica acreditada con un deducible alto (HDHP), puede establecer una cuenta de ahorros para gastos médicos, exenta de impuestos, con sus propios fondos, los de su empleador o de ambos. Puede usar estos fondos para pagar servicios médicos elegibles. Los gastos elegibles también se contabilizan para su deducible anual. Los saldos se transfieren de un año a otro y la cuenta es transferible, lo que significa que usted la mantiene si cambia de cobertura o de empleo, o si se jubila.

### ¿Cómo puedo decidir si la cobertura BlueEdgeHSA es adecuada para mí?

Comparar los servicios incluidos, los prestadores de servicios médicos de la red, el costo de la cobertura y otros gastos de bolsillo es importante a la hora de elegir una cobertura médica. Para informarse sobre las cuentas HSA, visite el sitio web del Departmento del Tesoro de los EE. UU. **treasury.gov**.

### ¿Quiénes son elegibles para abrir una cuenta HSA?

Solo las personas elegibles pueden abrir una cuenta HSA. Para ser elegible para abrir una cuenta HSA:

- debe contar con una póliza de seguro HDHP compatible con una cuenta HSA a partir del primer día del mes;
- no puede tener otra cobertura médica que no sea una cobertura HDHP compatible con una cuenta HSA, incluida la cobertura Medicare (existen ciertas excepciones);
- no puede ser derechohabiente en la declaración de impuestos de otras personas.

### ¿Cómo se financia la cuenta HSA?

Las normas del IRS para las contribuciones incluyen, entre otras, lo siguiente:

Cualquier persona (un empleador, un familiar o cualquier otra persona) puede realizar contribuciones a la cuenta HSA de una persona elegible.

### ¿Existe alguna cobertura médica específicamente diseñada para las cuentas HSA?

Sí. Las leyes que rigen las cuentas HSA y los lineamientos del IRS se han concentrado en cuatro elementos del diseño de la cobertura HDHP:

- El deducible
- El gasto máximo de bolsillo
- La atención preventiva
- El diseño general del conjunto de servicios incluidos debe proporcionar “beneficios importantes” en todo momento a quienes cuenten con una cobertura HDHP.



Los acuerdos de rembolso para gastos médicos (HRA, en inglés) y las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), incluyendo productos en nuestra cartera de productos BlueEdge, tienen implicaciones fiscales y legales. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Puede solicitar asesoramiento, según sus circunstancias particulares, a un asesor independiente sobre las implicaciones en relación con la declaración de impuestos sobre las cantidades específicas que se depositaron en su cuenta (cada período de pago, trimestralmente, anualmente, etc.).

21781.0421



# Otros servicios incluidos, excepto para las coberturas HMO

## Su cobertura médica viaja con usted, dentro del país o alrededor del mundo.

### Atención médica preventiva

Su cobertura podría incluir servicios preventivos para niños y adultos, incluidos exámenes físicos, exámenes diagnósticos y vacunas. Consulte la póliza de su cobertura como prestación laboral (grupal) para conocer los servicios que esta incluye.

### Atención médica de emergencia

Si usted, siendo una persona prudente (con conocimientos básicos sobre salud y medicamentos) necesita acudir a la sala de emergencias de cualquier hospital, la cobertura de los servicios médicos estará sujeta al deducible y a cualquier copago o coaseguro aplicable según la póliza de la cobertura. En casos de emergencia, acuda a una sala de emergencias o a cualquier otro centro médico similar. Para recibir atención en situaciones que pongan en peligro su vida, llame al 911 o a otros recursos de emergencia disponibles en su comunidad. Su cobertura médica como prestación laboral (grupal) podría exigir que usted, un familiar o un amigo se comunique con Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) si es hospitalizado.

### Cobertura nacional

Por medio del programa BlueCard®, usted o sus derechohabientes asegurados tienen acceso a redes integradas de prestadores de servicios médicos contratados a nivel nacional mientras vivan, trabajen o viajen en cualquier parte del país. La red nacional cuenta con la participación de la mayoría de los médicos y hospitales en el país. Atiéndase con un prestador de servicios médicos de la red BlueCard para recibir el nivel más alto de cobertura.

A través del programa BlueCard, hay dos formas de localizar médicos y hospitales contratados:

- Visite el sitio web **espanol.bcbsil.com** y, en la pestaña “Buscar médico u hospital”, seleccione el directorio Provider Finder® o llame a BlueCard® Access al **800-810-BLUE** (**800-810-2583**) para solicitar ayuda. También puede obtener mapas e indicaciones para llegar al lugar de consulta.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

* El programa Blue Cross Blue Shield Global Core se conocía anteriormente como BlueCard Worldwide®. .



## La red de Blue Advantage HMO℠

Las leyes federales y estatales de Illinois exigen que las pólizas de cobertura médica disponibles como prestación laboral y las aseguradoras proporcionen cobertura para cirugías reconstructivas después de una mastectomía. Estas leyes estipulan que las coberturas médicas que incluyan mastectomías también deben proporcionar cobertura acorde a la recomendación del médico encargado y de la paciente para la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico, y prótesis y tratamientos para pacientes con complicaciones físicas para todas las etapas de la atención médica de la mastectomía, incluidas las linfedemas.

Las mamografías de referencia y anuales también podrían estar incluidas en su cobertura médica. Consulte los detalles en la documentación de la póliza de su cobertura como prestación laboral (grupal).

## Elegibilidad para derechohabientes, según lo estipula el estado de Illinois

Según la ley federal, sus derechohabientes son elegibles para la cobertura médica y dental hasta la edad límite de derechohabiente y no se les puede negar la cobertura por su estado civil, estudiantil o laboral si son menores de 26 años de edad. Pídale a su empleador que le proporcione toda la información sobre los requisitos de elegibilidad. Además, en el caso del personal militar elegible, la cobertura no puede rechazarse antes de los 30 años de edad conforme a las leyes de Illinois. Si elige la cobertura Blue Choice Select℠, sus derechohabientes tienen que vivir dentro del área de servicio determinada.

La ley de Illinois es aplicable a todas las coberturas médicas para particulares, y las coberturas médicas y dentales de grupos asegurados, así también a las coberturas autofinanciadas de municipalidades, condados y escuelas. La ley no se aplica a cuentas de grupo nacionales autofinanciadas ni a grupos autofinanciados locales no municipales. Si tiene alguna pregunta acerca de esta ley, comuníquese con el administrador de su cobertura.

## Cobertura internacional

Si viaja fuera de Estados Unidos y necesita atención médica, llame al **800-810-BLUE** (**800-810-2583**), o por cobrar al **804-673-1177**, para solicitar información. Blue Cross and Blue Shield tiene contratos con médicos y hospitales en más de 190 países. Un coordinador de ayuda, junto con un profesional médico, pueden ayudarlo a coordinar una consulta médica u hospitalización, en caso de ser necesario.

En la mayoría de los casos, los prestadores de servicios médicos que participan en la red del programa Blue Cross Blue Shield Global® Core* no le exigirán que pague por adelantado si es internado. Usted es responsable de los gastos de bolsillo como el deducible, los copagos, el coaseguro y el costo de servicios que no tengan cobertura. El médico u hospital deberán presentar la reclamación.

Usted también cuenta con cobertura si acude a hospitales que no han sido contratados, pero tendrá que pagarle al médico u hospital los servicios médicos cuando los reciba y, luego, enviar una reclamación internacional con las facturas originales. Llame sin costo a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para solicitar la dirección a la que debe enviar la reclamación. Usted puede solicitar el formulario para reclamaciones a su empleador, a Servicio al Cliente o en línea en **espanol.bcbsil.com**.

* El programa Blue Cross Blue Shield Global Core se conocía anteriormente como BlueCard Worldwide®.



**Blue Access for Members**SM

# Atención médica en la palma de su mano

Aproveche al máximo los servicios incluidos en su cobertura médica de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) a través del portal protegido para asegurados Blue Access for Members (BAM$^{SM}$). Usted y todos los derechohabientes con cobertura que sean mayores de 18 años pueden crear una cuenta BAM.

## BAM le permite:

- hacer búsquedas de prestadores de servicios médicos, hospitales o farmacias en la sección Buscar atención médica;
- descargar su tarjeta digital de asegurado;
- consultar el estado de sus reclamaciones o ver el historial completo;
- ver o imprimir las Explicaciones de beneficios (*Explanation of Benefits*, EOB, en inglés);
- inscribirse para recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico.

*Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos.

## Es fácil comenzar

Use su tarjeta de asegurado para crear una cuenta en BAM, en **espanol.bcbsil.com**, o envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

**Escanee el código QR para visitar espanol.bcbsil.com.**



# Preguntas frecuentes acerca de la cobertura médica

### P: ¿Mis expedientes médicos son confidenciales?

R. Sí. Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) tiene el compromiso de mantener la confidencialidad de toda la información específica de los asegurados. Toda persona que tenga que revisar sus expedientes tiene la obligación de mantener la confidencialidad de su información. Es posible que, tanto sus expedientes médicos como los datos de sus reclamaciones, sean parte de una revisión (por ejemplo, como parte de una apelación que solicite). De ser así, se toman las precauciones necesarias para mantener la confidencialidad de su información. En muchos casos, su identidad no estará asociada con esta información.

### P. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas sobre mis servicios con cobertura?

R. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

### P. ¿Cómo puedo buscar médicos u hospitales contratados?

R. Visite **espanol.bcbsil.com** y use Provider Finder® o llame sin costo a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado.

### P. ¿Qué debo hacer cuando necesite atención médica de emergencia?

R. Llame al 911 o busque ayuda con cualquier médico u hospital. BCBSIL coordinará la atención médica con el prestador de servicios médicos de emergencia.

Algunas opciones para recibir atención médica en casos que no sean de emergencia son:

- **En el consultorio del médico**, para exámenes médicos, vacunas rutinarias, resfriados, influenza y otras enfermedades o lesiones menores.
- **En clínicas sin necesidad de cita** ubicadas en locales comerciales. Muchas cuentan con un asistente médico o practicante de enfermería que puede atender infecciones al oído, reacciones en la piel, cortadas y raspones menores, alergias, resfriados y otros problemas médicos menores.
- **Clínicas de atención médica inmediata o urgente**, para problemas médicos más serios, como cuando necesite radiografías o puntos de sutura.

**¿Centros de atención médica inmediata o salas de emergencias independiente?** A veces, puede ser difícil diferenciar los centros de atención médica inmediata y las salas de emergencias independientes. Por lo general, las salas de emergencias independientes se ven como centros de atención médica inmediata, pero los gastos generados son más elevados, como los de las salas de emergencias en un hospital. Estas son algunas maneras de identificar las salas de emergencias independientes.

**Características de las salas de emergencias independientes:**

- Parecen centros de atención médica inmediata, pero la palabra "EMERGENCY" (emergencias) es parte del nombre del lugar.
- Están físicamente separadas de un hospital, pero están equipadas y funcionan como una sala de emergencias de un hospital.
- Cuentan con médicos para emergencias avalados por la junta de especialidades y están sujetos al mismo copago por acudir a la sala de emergencias de un hospital.
- Localice centros de atención inmediata[1] en su localidad enviando **URGENTIL** por mensaje de texto[2] al **33633** y, luego, ingrese el código postal.

## P. ¿Qué debería llevar a mi primera consulta con un nuevo médico?

R. Su primera consulta es una oportunidad para compartir información sobre su salud con el nuevo médico. Lleve consigo toda la información médica posible, incluyendo lo siguiente:

- **Expedientes médicos y tarjeta del seguro médico:** Si está bajo algún tratamiento al cambiar de médico, es muy importante que el nuevo médico pueda revisar sus expedientes médicos. La tarjeta del seguro proporciona información sobre copagos, facturación y números de Servicio al Cliente.
- **Medicamentos:** Proporcione al nuevo médico la información sobre medicamentos con receta y de venta libre que esté tomando, incluidos los medicamentos a base de hierbas. Incluya los nombres del medicamento, las dosis y la frecuencia con que toma los medicamentos, así como la razón.
- **Necesidades especiales:** Haga una lista de cualquier equipo o dispositivos que use, incluyendo sillas de ruedas, oxígeno, medidores de glucosa y tiras de prueba de glucosa. Prepárase para explicar cómo los usa, no solo para asegurarse de que tiene el equipo que necesita, sino que para garantizar que no haya interrupciones en sus servicios médicos.

## P. ¿Qué preguntas debo hacer si estoy seleccionando un nuevo médico?

R. Además de las preguntas preliminares que podría hacerle a un nuevo médico, como "¿Está aceptando nuevos pacientes?", aquí compartimos algunas preguntas que podrían ayudarlo a evaluar la idoneidad de un médico.

- ¿Qué experiencia tiene el médico para tratar a pacientes con los mismos problemas de salud que tengo?
- ¿Dónde está el consultorio del médico? ¿Hay suficiente estacionamiento que sea conveniente o es accesible por medio de transporte público?
- ¿Cuál es el horario regular de atención? ¿Ofrecen consultas sin cita en caso de tener un problema que requiera atención inmediata?
- ¿Cuánto tiempo hay que esperar para ver al médico cuando esté en la sala de espera?
- ¿Realizan pruebas de laboratorio y radiografías en el consultorio o tendré que acudir a otro sitio?
- ¿En qué hospitales atiende el médico?
- Si se trata de un consultorio con distintos médicos, ¿podré consultar siempre al médico que seleccioné?
- Por lo general, ¿cuánto tiempo hay que esperar para conseguir una cita?
- ¿Cómo puedo ponerme en contacto con el médico después del horario de atención?
- ¿Me pueden asesorar sobre problemas médicos comunes por teléfono o correo electrónico?
- ¿El consultorio envía recordatorios para exámenes preventivos de rutina, como los exámenes de colesterol?

## P. ¿Qué sucede si estoy bajo tratamiento al solicitar cobertura y mi prestador de servicios médicos no participa en la red?

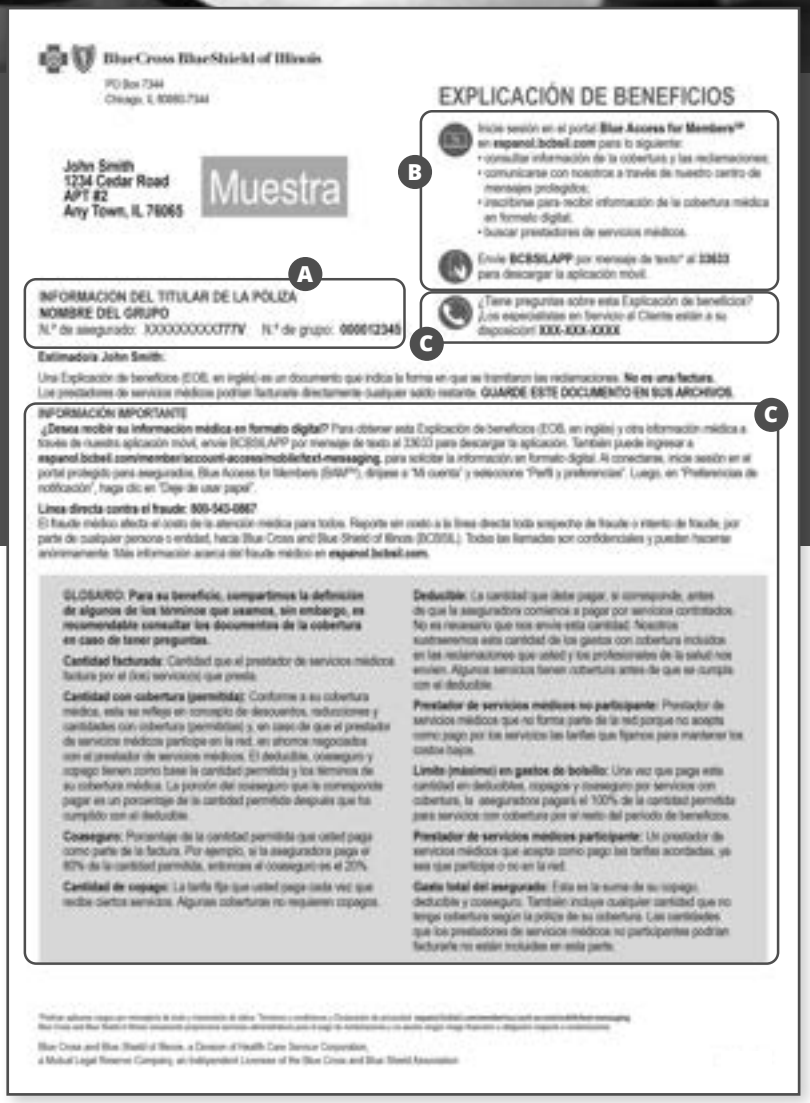
R. Estaremos en comunicación con usted para brindarle la atención más apropiada según su situación médica, especialmente si está embarazada o si está recibiendo tratamiento para un problema médico de gravedad. Podrá seguir atendiéndose con el prestador de servicios médicos no participante por un tiempo determinado. Comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado para solicitar más información.

[1] Es posible que el centro de atención médica inmediata más cercano no forme parte de la red. Use el directorio Provider Finder para confirmar si el centro al que acuda forma parte de la red.

[2] Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Consulte los términos, las condiciones y la política de privacidad en espanol.bcbsil.com/mobile/text-21796.042.1



# Cómo leer su Explicación de beneficios



BlueCross BlueShield of Illinois

PO Box 7344
Chicago, IL 60680-7344

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

John Smith
1234 Cedar Road
APT #2
Any Town, IL 76065

Muestra

B

Inicie sesión en el portal **Blue Access for Members℠** en **espanol.bcbsil.com** para lo siguiente:
- consultar información de la cobertura y las reclamaciones;
- comunicarse con nosotros a través de nuestro centro de mensajes protegidos;
- inscribirse para recibir información de la cobertura médica en formato digital;
- buscar prestadores de servicios médicos.

Envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

¿Tiene preguntas sobre esta Explicación de beneficios? Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición: **XXX-XXX-XXXX**

C

A

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
**NOMBRE DEL GRUPO**
N.º de asegurado: XXXXXXXXX777V N.º de grupo: **0000123456**

**Estimadora John Smith:**

Una Explicación de beneficios (EOB, en inglés) es un documento que indica la forma en que se tramitaron las reclamaciones. **No es una factura.** Los prestadores de servicios médicos podrían facturarle directamente cualquier saldo restante. **GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.**

C

INFORMACIÓN IMPORTANTE

**¿Desea recibir su información médica en formato digital?** Para obtener esta Explicación de beneficios (EOB, en inglés) y otra información médica a través de nuestra aplicación móvil, envíe BCBSILAPP por mensaje de texto al 33633 para descargar la aplicación. También puede ingresar a **espanol.bcbsil.com/member/account-access/mobile/text-messaging**, para solicitar la información en formato digital. Al conectarse, inicie sesión en el portal protegido para asegurados, Blue Access for Members (BAM™), diríjase a "Mi cuenta" y seleccione "Perfil y preferencias". Luego, en "Preferencias de notificación", haga clic en "Deje de usar papel".

**Línea directa contra el fraude: 800-540-0867**
El fraude médico afecta el costo de la atención médica para todos. Reporte sin costo a la línea directa toda sospecha de fraude o intento de fraude, por parte de cualquier persona o entidad, hacia Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL). Todas las llamadas son confidenciales y pueden hacerse anónimamente. Más información acerca del fraude médico en **espanol.bcbsil.com**.

**GLOSARIO: Para su beneficio, compartimos la definición de algunos de los términos que usamos, sin embargo, es recomendable consultar los documentos de la cobertura en caso de tener preguntas.**

**Cantidad facturada:** Cantidad que el prestador de servicios médicos factura por el (los) servicio(s) que prestó.

**Cantidad con cobertura (permitida):** Conforme a su cobertura médica, esta se refleja en concepto de descuentos, reducciones y cantidades con cobertura (permitidas) y, en caso de que el prestador de servicios médicos participe en la red, en ahorros negociados con el prestador de servicios médicos. El deducible, coseguro y copago tienen como base la cantidad permitida y los términos de su cobertura médica. La porción del coseguro que le corresponde pagar es un porcentaje de la cantidad permitida después que fue cumplido con el deducible.

**Coseguro:** Porcentaje de la cantidad permitida que usted paga como parte de la factura. Por ejemplo, si la aseguradora paga el 80% de la cantidad permitida, entonces el coseguro es el 20%.

**Cantidad de copago:** La tarifa fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios. Algunas coberturas no requieren copagos.

**Deducible:** La cantidad que debe pagar, le corresponde, antes de que la aseguradora comience a pagar por servicios contratados. No es necesario que nos envíe esta cantidad. Nosotros sustraeremos esta cantidad de los gastos con cobertura incluidos en las reclamaciones que usted y los profesionales de la salud nos envíen. Algunos servicios tienen cobertura antes de que se cumpla con el deducible.

**Prestador de servicios médicos no participante:** Prestador de servicios médicos que no forma parte de la red porque no acepta como pago por los servicios las tarifas que fijamos para mantener los costos bajos.

**Límite (máximo) en gastos de bolsillo:** Una vez que paga esta cantidad en deducibles, copagos y coseguro por servicios con cobertura, la aseguradora pagará el 100% de la cantidad permitida para servicios con cobertura por el resto del período de beneficios.

**Prestador de servicios médicos participante:** Un prestador de servicios médicos que acepta como pago las tarifas acordadas, ya sea que participe o no en la red.

**Gasto total del asegurado:** Esta es la suma de su copago, deducible y coseguro. También incluye cualquier cantidad que no tenga cobertura según la póliza de su cobertura. Las cantidades que los prestadores de servicios médicos no participantes podrían facturarle no están incluidas en esta parte.

Su **Explicación de beneficios** (EOB, en inglés) le permite saber cuándo y cómo procesamos sus reclamaciones. No es una factura. Le da una vista detallada de los servicios incluidos en la cobertura y muestra lo que le puede deber a su prestador de servicios médicos después que se aplica su cobertura.

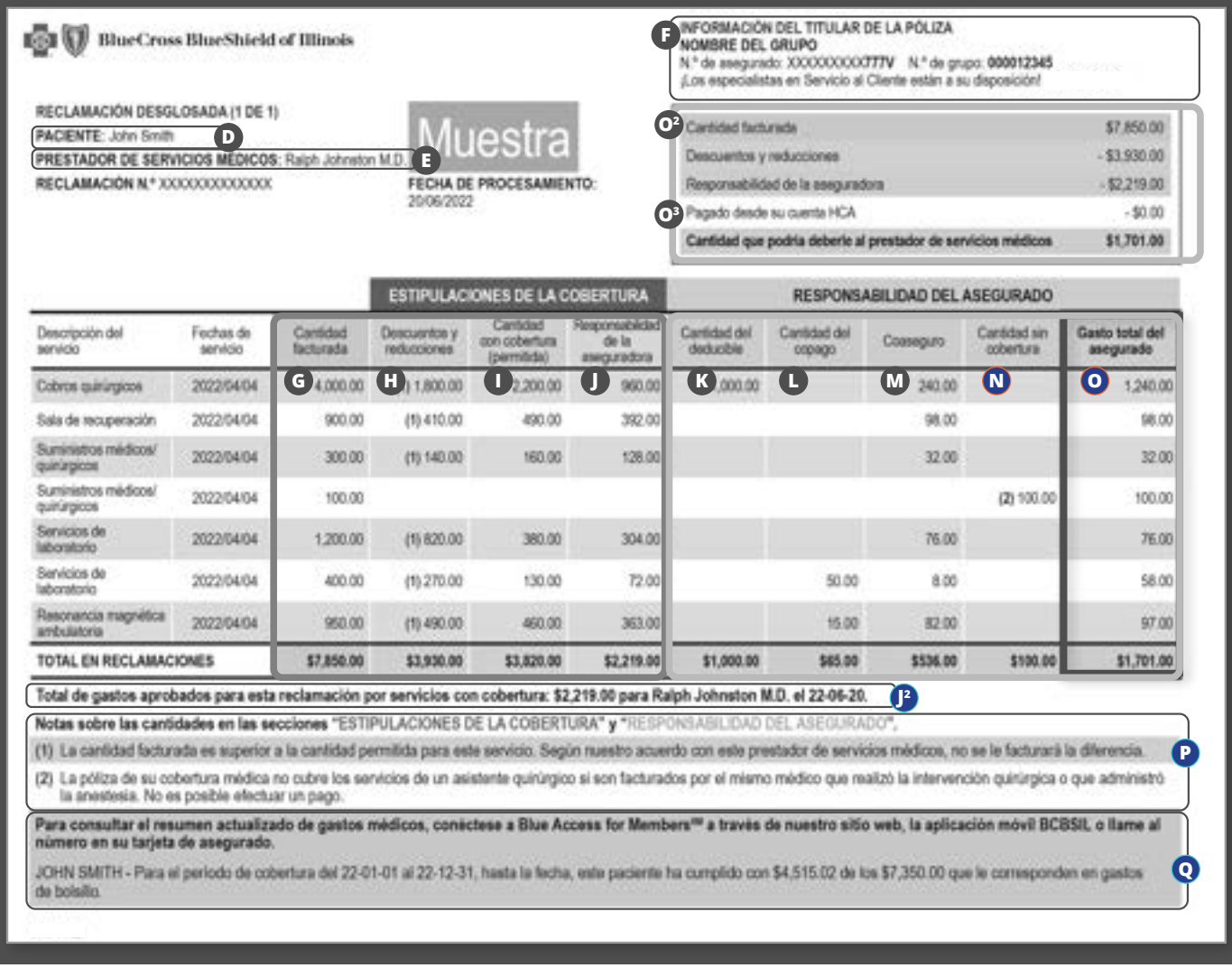
## La primera página incluye la información básica

**A.** Confirme que el número de su póliza es correcto.

**B.** Aprenda a descargar la aplicación móvil y obtenga acceso a sus reclamaciones en línea.

**C.** Encuentre contactos útiles y un glosario.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



BlueCross BlueShield of Illinois

RECLAMACIÓN DESGLOSADA (1 DE 1)

PACIENTE: John Smith (D)

PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS: Ralph Johnston M.D. (E)

RECLAMACIÓN N.º XXXXXXXXXXXX

Muestra

FECHA DE PROCESAMIENTO: 20/06/2022

(F) INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
NOMBRE DEL GRUPO
N.º de asegurado: XXXXXXXXX777V N.º de grupo: 000012345
¡Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición!

| | |
|---|---|
| (O²) Cantidad facturada | $7,850.00 |
| Descuentos y reducciones | - $3,930.00 |
| Responsabilidad de la aseguradora | - $2,219.00 |
| (O³) Pagado desde su cuenta HCA | - $0.00 |
| **Cantidad que podría deberle al prestador de servicios médicos** | **$1,701.00** |

| | | ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA | | | | RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descripción del servicio | Fechas de servicio | Cantidad facturada | Descuentos y reducciones | Cantidad con cobertura (permitida) | Responsabilidad de la aseguradora | Cantidad del deducible | Cantidad del copago | Coaseguro | Cantidad sin cobertura | Gasto total del asegurado |
| Cobros quirúrgicos | 2022/04/04 | (G) 4,000.00 | (H) (1) 1,800.00 | (I) 2,200.00 | (J) 960.00 | (K) 1,000.00 | (L) | (M) 240.00 | (N) | (O) 1,240.00 |
| Sala de recuperación | 2022/04/04 | 900.00 | (1) 410.00 | 490.00 | 392.00 | | | 98.00 | | 98.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 300.00 | (1) 140.00 | 160.00 | 128.00 | | | 32.00 | | 32.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 100.00 | | | | | | | (2) 100.00 | 100.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 1,200.00 | (1) 820.00 | 380.00 | 304.00 | | | 76.00 | | 76.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 400.00 | (1) 270.00 | 130.00 | 72.00 | | 50.00 | 8.00 | | 58.00 |
| Resonancia magnética ambulatoria | 2022/04/04 | 950.00 | (1) 490.00 | 460.00 | 363.00 | | 15.00 | 82.00 | | 97.00 |
| **TOTAL EN RECLAMACIONES** | | **$7,850.00** | **$3,930.00** | **$3,820.00** | **$2,219.00** | **$1,000.00** | **$65.00** | **$536.00** | **$100.00** | **$1,701.00** |

Total de gastos aprobados para esta reclamación por servicios con cobertura: $2,219.00 para Ralph Johnston M.D. el 22-06-20. (J²)

**Notas sobre las cantidades en las secciones "ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA" y "RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO".**

(1) La cantidad facturada es superior a la cantidad permitida para este servicio. Según nuestro acuerdo con este prestador de servicios médicos, no se le facturará la diferencia. (P)

(2) La póliza de su cobertura médica no cubre los servicios de un asistente quirúrgico si son facturados por el mismo médico que realizó la intervención quirúrgica o que administró la anestesia. No es posible efectuar un pago.

**Para consultar el resumen actualizado de gastos médicos, conéctese a Blue Access for Members℠ a través de nuestro sitio web, la aplicación móvil BCBSIL o llame al número en su tarjeta de asegurado.** (Q)

JOHN SMITH - Para el período de cobertura del 22-01-01 al 22-12-31, hasta la fecha, este paciente ha cumplido con $4,515.02 de los $7,350.00 que le corresponden en gastos de bolsillo.

## En la segunda página usted puede hacer lo siguiente:

### Confirme la siguiente información:

**D.** Paciente **E.** Prestador de servicios médicos **F.** Información de la póliza

### Obtenga los detalles

**ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA:** Esta sección muestra la lista de servicios y la cobertura que tienen.

**G.** La Cantidad facturada es la cantidad total que el prestador de servicios ha facturado por los servicios.

**I.** La Cantidad con cobertura (Permitida) es la cantidad facturada (G) menos los descuentos o reducciones (H).

**J.** La Responsabilidad de la aseguradora es la porción que pagamos al prestador de servicios médicos.

### Vea los gastos que le corresponden

**RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO:** Esta sección muestra las cantidades compartidas que le corresponden como asegurado, e incluyen:

**K.** Deducible **L.** Copagos **M.** Coaseguro

Inscríbase para obtener su Explicación de beneficios en línea en **Blue Access for Members℠** o envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

* Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Consulte los términos y las condiciones y nuestra política de privacidad en espanol.bcbsil.com/member/account-access/mobile/text-messaging.

Los ejemplos de Explicación de Beneficios son solo a efectos ilustrativos. Las Explicaciones de Beneficios no son todas iguales. El formato y el contenido de una Explicación de Beneficios depende de los servicios médicos proporcionados y las condiciones de su cobertura médica.

**O.** El Gasto total del asegurado detalla el monto que se muestra en la sección O², y es la suma del copago, deducible y coaseguro. Es posible que deba menos si el prestador de servicios médicos recibió algunos de estos pagos antes de prestar sus servicios. También incluye cualquier cantidad que no cubra su cobertura médica (N). No incluye ningún cobro que un prestador de servicios médicos no participante pueda facturarle. Si su cobertura incluye una Cuenta de rembolso de gastos médicos (HCA, en inglés) o una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), cualquier pago realizado por medio de esas cuentas se verá reflejado en esta línea (O³). Las cuentas HCA y HSA no están disponibles en todas las coberturas.

### Obtenga más información

Su Explicación de beneficios puede incluir más información sobre lo siguiente:

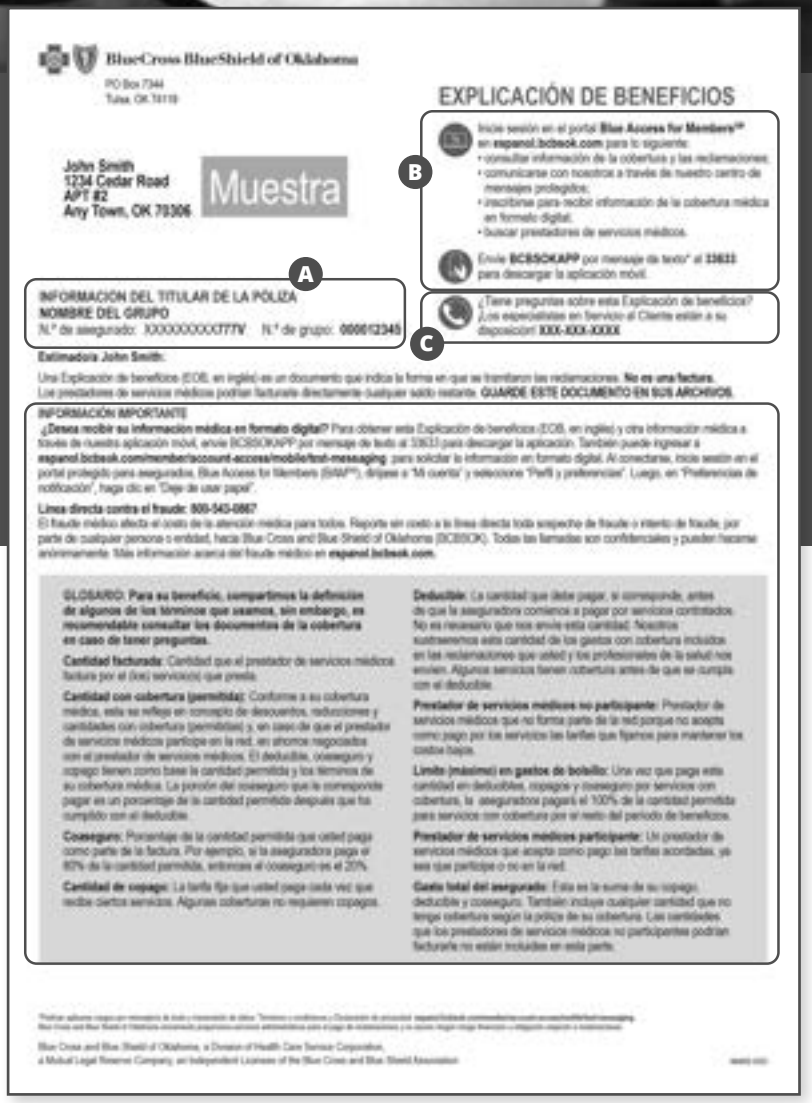
**J².** Total de los servicios incluidos aprobados – Esta es la cantidad y la fecha en que le pagamos al prestador de servicios médicos. El total coincide con el total de la columna de Responsabilidad de la aseguradora (J).

**P.** Las notas numeradas ofrecen más detalles sobre los descuentos y reducciones (H) y las cantidades sin cobertura (N).

**Q.** Las cantidades máximas de la cobertura le ayudan a rastrear los totales anuales de los gastos de bolsillo, de modo que sabrá cuándo cumple con el límite de sus gastos compartidos como paciente.



# Cómo leer su Explicación de beneficios



BlueCross BlueShield of Oklahoma

PO Box 7344
Tulsa, OK 74119

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

John Smith
1234 Cedar Road
APT #2
Any Town, OK 70306

Muestra

B

Inicie sesión en el portal **Blue Access for Members℠** en **espanol.bcbsok.com** para lo siguiente:
- consultar información de la cobertura y las reclamaciones;
- comunicarse con nosotros a través de nuestro centro de mensajes protegidos;
- inscribirse para recibir información de la cobertura médica en formato digital;
- buscar prestadores de servicios médicos.

Envíe **BCBSOKAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

¿Tiene preguntas sobre esta Explicación de beneficios? Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición: XXX-XXX-XXXX

C

A

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
NOMBRE DEL GRUPO
N.º de asegurado: XXXXXXXXX777V N.º de grupo: 0000012345

**Estimado/a John Smith:**

Una Explicación de beneficios (EOB, en inglés) es un documento que indica la forma en que se tramitaron las reclamaciones. **No es una factura.** Los prestadores de servicios médicos podrían facturarle directamente cualquier saldo restante. **GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.**

INFORMACIÓN IMPORTANTE

**¿Desea recibir su información médica en formato digital?** Para obtener esta Explicación de beneficios (EOB, en inglés) y otra información médica a través de nuestra aplicación móvil, envíe BCBSOKAPP por mensaje de texto al 33633 para descargar la aplicación. También puede ingresar a **espanol.bcbsok.com/member/account-access/mobile/text-messaging** para solicitar la información en formato digital. Al conectarse, inicie sesión en el portal protegido para asegurados, Blue Access for Members (BAM℠), diríjase a "Mi cuenta" y seleccione "Perfil y preferencias". Luego, en "Preferencias de notificación", haga clic en "Deje de usar papel".

**Línea directa contra el fraude: 800-540-0867**
El fraude médico afecta el costo de la atención médica para todos. Reporte sin costo a la línea directa toda sospecha de fraude o intento de fraude, por parte de cualquier persona o entidad, hacia Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK). Todas las llamadas son confidenciales y pueden hacerse anónimamente. Más información acerca del fraude médico en **espanol.bcbsok.com**.

GLOSARIO: **Para su beneficio, compartimos la definición de algunos de los términos que usamos, sin embargo, es recomendable consultar los documentos de la cobertura en caso de tener preguntas.**

**Cantidad facturada:** Cantidad que el prestador de servicios médicos factura por el (los) servicio(s) que prestó.

**Cantidad con cobertura (permitida):** Conforme a su cobertura médica, esta se refiere en concepto de descuentos, reducciones y cantidades con cobertura (permitidas) y, en caso de que el prestador de servicios médicos participe en la red, en ahorros negociados con el prestador de servicios médicos. El deducible, coseguro y copago tienen como base la cantidad permitida y los términos de su cobertura médica. La porción del coseguro que le corresponde pagar es un porcentaje de la cantidad permitida después que fue cumplido con el deducible.

**Coseguro:** Porcentaje de la cantidad permitida que usted paga como parte de la factura. Por ejemplo, si la aseguradora paga el 80% de la cantidad permitida, entonces el coseguro es el 20%.

**Cantidad de copago:** La tarifa fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios. Algunas coberturas no requieren copagos.

**Deducible:** La cantidad que debe pagar, si corresponde, antes de que la aseguradora comience a pagar por servicios contratados. No es necesario que nos envíe esta cantidad. Nosotros sustraeremos esta cantidad de los gastos con cobertura incluidos en las reclamaciones que usted y los profesionales de la salud nos envíen. Algunos servicios tienen cobertura antes de que se cumpla con el deducible.

**Prestador de servicios médicos no participante:** Prestador de servicios médicos que no forma parte de la red porque no acepta como pago por los servicios las tarifas que fijamos para mantener los costos bajos.

**Límite (máximo) en gastos de bolsillo:** Una vez que paga esta cantidad en deducibles, copagos y coseguro por servicios con cobertura, la aseguradora pagará el 100% de la cantidad permitida para servicios con cobertura por el resto del período de beneficios.

**Prestador de servicios médicos participante:** Un prestador de servicios médicos que acepta como pago las tarifas acordadas, ya sea que participe o no en la red.

**Gasto total del asegurado:** Esta es la suma de su copago, deducible y coseguro. También incluye cualquier cantidad que no tenga cobertura según la póliza de su cobertura. Las cantidades que los prestadores de servicios médicos no participantes podrían facturarle no están incluidas en esta parte.

*Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto o transmisión de datos. Términos y condiciones y Declaración de privacidad: espanol.bcbsok.com/member/account-access/mobile/text-messaging.
Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Su **Explicación de beneficios** (EOB, en inglés) le permite saber cuándo y cómo procesamos sus reclamaciones. No es una factura. Le da una vista detallada de los servicios incluidos en la cobertura y muestra lo que le puede deber a su prestador de servicios médicos después que se aplica su cobertura.

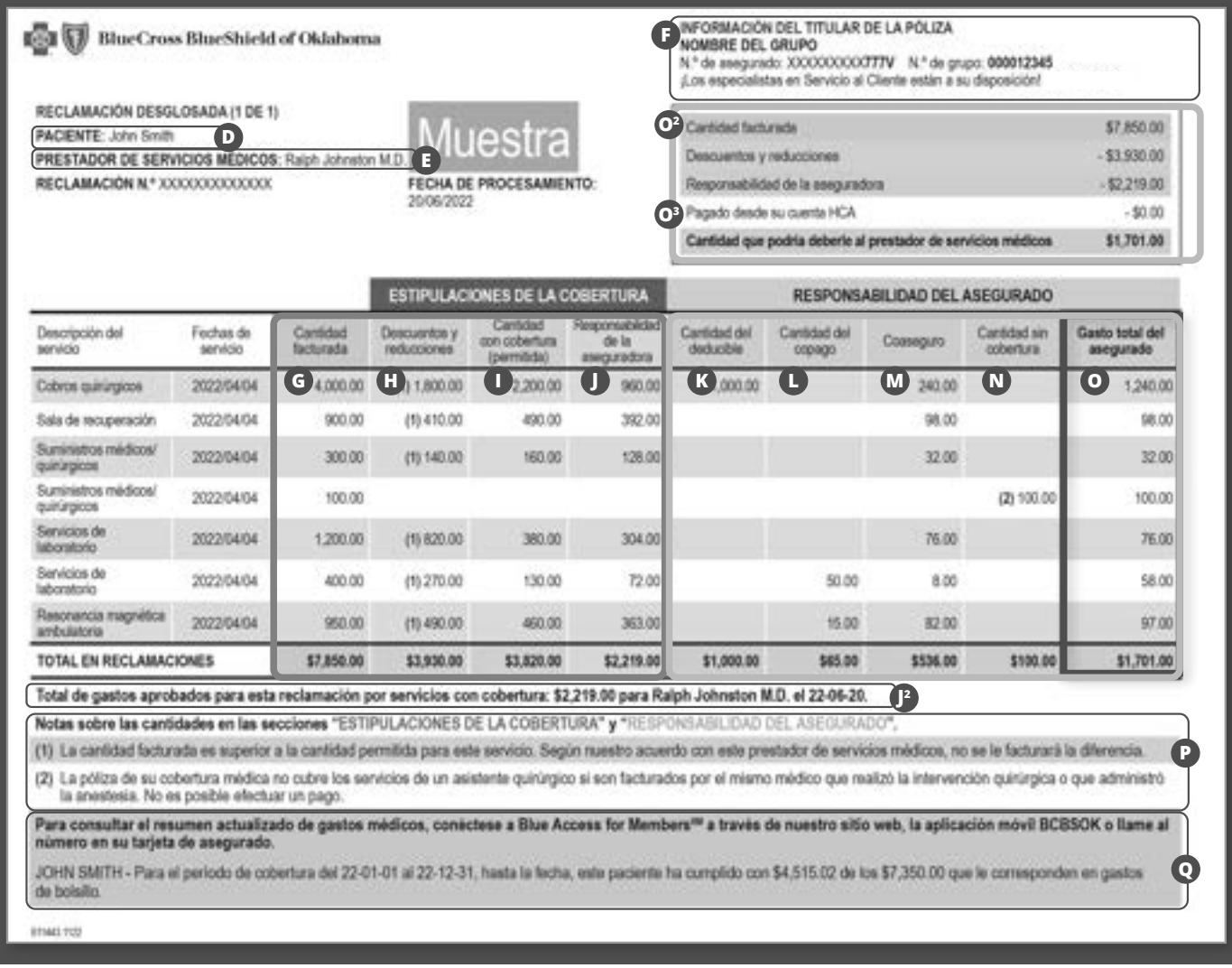
## La primera página incluye la información básica

**A.** Confirme que el número de su póliza es correcto.

**B.** Aprenda a descargar la aplicación móvil y obtenga acceso a sus reclamaciones en línea.

**C.** Encuentre contactos útiles y un glosario.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



BlueCross BlueShield of Oklahoma

**F** INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
NOMBRE DEL GRUPO
N.° de asegurado: XXXXXXXX777V N.° de grupo: 000012345
¡Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición!

RECLAMACIÓN DESGLOSADA (1 DE 1)
PACIENTE: John Smith **D**
PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS: Ralph Johnston M.D. **E**
RECLAMACIÓN N.° XXXXXXXXXXXX

Muestra

FECHA DE PROCESAMIENTO: 20/06/2022

| | |
|---|---|
| **O²** Cantidad facturada | $7,850.00 |
| Descuentos y reducciones | - $3,930.00 |
| Responsabilidad de la aseguradora | - $2,219.00 |
| **O³** Pagado desde su cuenta HCA | - $0.00 |
| **Cantidad que podría deberle al prestador de servicios médicos** | **$1,701.00** |

| | | ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA | | | | RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descripción del servicio | Fechas de servicio | Cantidad facturada | Descuentos y reducciones | Cantidad con cobertura (permitida) | Responsabilidad de la aseguradora | Cantidad del deducible | Cantidad del copago | Coaseguro | Cantidad sin cobertura | **Gasto total del asegurado** |
| Cobros quirúrgicos | 2022/04/04 | **G** 4,000.00 | **H** (1) 1,800.00 | **I** 2,200.00 | **J** 960.00 | **K** 1,000.00 | **L** | **M** 240.00 | **N** | **O** 1,240.00 |
| Sala de recuperación | 2022/04/04 | 900.00 | (1) 410.00 | 490.00 | 392.00 | | | 98.00 | | 98.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 300.00 | (1) 140.00 | 160.00 | 128.00 | | | 32.00 | | 32.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 100.00 | | | | | | | (2) 100.00 | 100.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 1,200.00 | (1) 820.00 | 380.00 | 304.00 | | | 76.00 | | 76.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 400.00 | (1) 270.00 | 130.00 | 72.00 | | 50.00 | 8.00 | | 58.00 |
| Resonancia magnética ambulatoria | 2022/04/04 | 950.00 | (1) 490.00 | 460.00 | 363.00 | | 15.00 | 82.00 | | 97.00 |
| **TOTAL EN RECLAMACIONES** | | **$7,850.00** | **$3,930.00** | **$3,820.00** | **$2,219.00** | **$1,000.00** | **$65.00** | **$536.00** | **$100.00** | **$1,701.00** |

**Total de gastos aprobados para esta reclamación por servicios con cobertura: $2,219.00 para Ralph Johnston M.D. el 22-06-20.** **J²**

**Notas sobre las cantidades en las secciones "ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA" y "RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO".**

(1) La cantidad facturada es superior a la cantidad permitida para este servicio. Según nuestro acuerdo con este prestador de servicios médicos, no se le facturará la diferencia. **P**

(2) La póliza de su cobertura médica no cubre los servicios de un asistente quirúrgico si son facturados por el mismo médico que realizó la intervención quirúrgica o que administró la anestesia. No es posible efectuar un pago.

**Para consultar el resumen actualizado de gastos médicos, conéctese a Blue Access for Members℠ a través de nuestro sitio web, la aplicación móvil BCBSOK o llame al número en su tarjeta de asegurado.**

JOHN SMITH - Para el período de cobertura del 22-01-01 al 22-12-31, hasta la fecha, este paciente ha cumplido con $4,515.02 de los $7,350.00 que le corresponden en gastos de bolsillo. **Q**

## En la segunda página usted puede hacer lo siguiente:

### Confirme la siguiente información:

**D.** Paciente **E.** Prestador de servicios médicos **F.** Información de la póliza

### Obtenga los detalles

**ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA:** Esta sección muestra la lista de servicios y la cobertura que tienen.

**G.** La Cantidad facturada es la cantidad total que el prestador de servicios ha facturado por los servicios.

**I.** La Cantidad con cobertura (Permitida) es la cantidad facturada (G) menos los descuentos o reducciones (H).

**J.** La Responsabilidad de la aseguradora es la porción que pagamos al prestador de servicios médicos.

### Vea los gastos que le corresponden

**RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO:** Esta sección muestra las cantidades compartidas que le corresponden como asegurado, e incluyen:

**K.** Deducible **L.** Copagos **M.** Coaseguro

Inscríbase para obtener su Explicación de beneficios en línea en **Blue Access for Members℠** o envíe **BCBSOKAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

* Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Consulte los términos y las condiciones y nuestra política de privacidad en espanol.bcbsok.com/member/account-access/mobile/text-messaging.

Los ejemplos de Explicación de Beneficios son solo a efectos ilustrativos. Las Explicaciones de Beneficios no son todas iguales. El formato y el contenido de una Explicación de Beneficios depende de los servicios médicos proporcionados y las condiciones de su cobertura médica.

**O.** El Gasto total del asegurado detalla el monto que se muestra en la sección $O^2$, y es la suma del copago, deducible y coaseguro. Es posible que deba menos si el prestador de servicios médicos recibió algunos de estos pagos antes de prestar sus servicios. También incluye cualquier cantidad que no cubra su cobertura médica (N). No incluye ningún cobro que un prestador de servicios médicos no participante pueda facturarle. Si su cobertura incluye una Cuenta de rembolso de gastos médicos (HCA, en inglés) o una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), cualquier pago realizado por medio de esas cuentas se verá reflejado en esta línea ($O^3$). Las cuentas HCA y HSA no están disponibles en todas las coberturas.

### Obtenga más información

Su Explicación de beneficios puede incluir más información sobre lo siguiente:

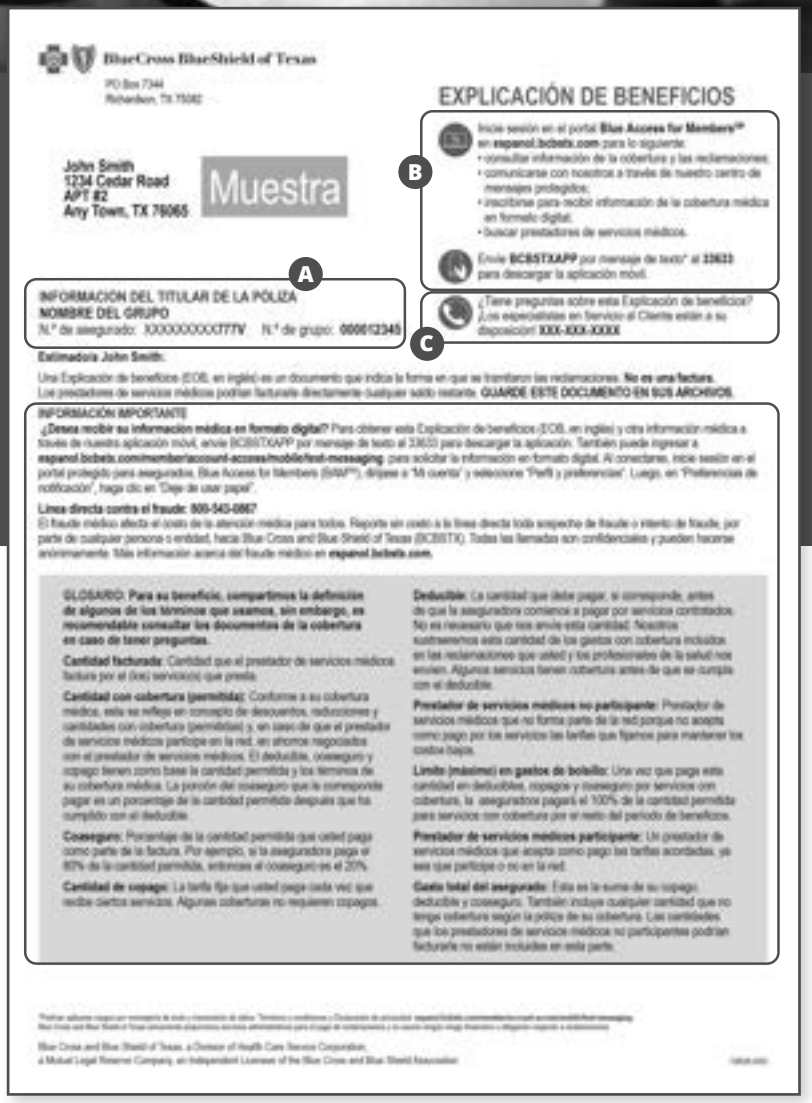
**J².** Total de los servicios incluidos aprobados – Esta es la cantidad y la fecha en que le pagamos al prestador de servicios médicos. El total coincide con el total de la columna de Responsabilidad de la aseguradora (J).

**P.** Las notas numeradas ofrecen más detalles sobre los descuentos y reducciones (H) y las cantidades sin cobertura (N).

**Q.** Las cantidades máximas de la cobertura le ayudan a rastrear los totales anuales de los gastos de bolsillo, de modo que sabrá cuándo cumple con el límite de sus gastos compartidos como paciente.



# Cómo leer su Explicación de beneficios



BlueCross BlueShield of Texas

PO Box 7344
Richardson, TX 75082

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

John Smith
1234 Cedar Road
APT #2
Any Town, TX 76065

Muestra

B

Inicie sesión en el portal **Blue Access for Members℠** en **espanol.bcbstx.com** para lo siguiente:
- consultar información de la cobertura y las reclamaciones;
- comunicarse con nosotros a través de nuestro centro de mensajes protegidos;
- inscribirse para recibir información de la cobertura médica en formato digital;
- buscar prestadores de servicios médicos.

Envíe **BCBSTXAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

¿Tiene preguntas sobre esta Explicación de beneficios? Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición: XXX-XXX-XXXX

C

A

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
NOMBRE DEL GRUPO
N.º de asegurado: XXXXXXXXX777V N.º de grupo: 000012345

**Estimado/a John Smith:**

Una Explicación de beneficios (EOB, en inglés) es un documento que indica la forma en que se tramitaron las reclamaciones. **No es una factura.** Los prestadores de servicios médicos podrían facturarle directamente cualquier saldo restante. **GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.**

INFORMACIÓN IMPORTANTE

**¿Desea recibir su información médica en formato digital?** Para obtener esta Explicación de beneficios (EOB, en inglés) y otra información médica a través de nuestra aplicación móvil, envíe BCBSTXAPP por mensaje de texto al 33633 para descargar la aplicación. También puede ingresar a **espanol.bcbstx.com/member/account-access/mobile/text-messaging** para solicitar la información en formato digital. Al conectarse, inicie sesión en el portal protegido para asegurados, Blue Access for Members (BAM™), diríjase a "Mi cuenta" y seleccione "Perfil y preferencias". Luego, en "Preferencias de notificación", haga clic en "Deje de usar papel".

**Línea directa contra el fraude: 800-543-0867**
El fraude médico afecta el costo de la atención médica para todos. Reporte sin costo a la línea directa toda sospecha de fraude o intento de fraude, por parte de cualquier persona o entidad, hacia Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Todas las llamadas son confidenciales y pueden hacerse anónimamente. Más información acerca del fraude médico en **espanol.bcbstx.com.**

GLOSARIO: **Para su beneficio, compartimos la definición de algunos de los términos que usamos, sin embargo, es recomendable consultar los documentos de la cobertura en caso de tener preguntas.**

**Cantidad facturada:** Cantidad que el prestador de servicios médicos factura por el (los) servicio(s) que prestó.

**Cantidad con cobertura (permitida):** Conforme a su cobertura médica, esta se refleja en concepto de descuentos, reducciones y cantidades con cobertura (permitidas) y, en caso de que el prestador de servicios médicos participe en la red, en ahorros negociados con el prestador de servicios médicos. El deducible, coseguro y copago tienen como base la cantidad permitida y los términos de su cobertura médica. La porción del coseguro que le corresponde pagar es un porcentaje de la cantidad permitida después que ha cumplido con el deducible.

**Coseguro:** Porcentaje de la cantidad permitida que usted paga como parte de la factura. Por ejemplo, si la aseguradora paga el 80% de la cantidad permitida, entonces el coseguro es el 20%.

**Cantidad de copago:** La tarifa fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios. Algunas coberturas no requieren copagos.

**Deducible:** La cantidad que debe pagar, si corresponde, antes de que la aseguradora comience a pagar por servicios contratados. No es necesario que nos envíe esta cantidad. Nosotros sustraemos esta cantidad de los gastos con cobertura incluidos en las reclamaciones que usted y los profesionales de la salud nos envíen. Algunos servicios tienen cobertura antes de que se cumpla con el deducible.

**Prestador de servicios médicos no participante:** Prestador de servicios médicos que no forma parte de la red porque no acepta como pago por los servicios las tarifas que fijamos para mantener los costos bajos.

**Límite (máximo) en gastos de bolsillo:** Una vez que paga esta cantidad en deducibles, copagos y coseguro por servicios con cobertura, la aseguradora pagará el 100% de la cantidad permitida para servicios con cobertura por el resto del período de beneficios.

**Prestador de servicios médicos participante:** Un prestador de servicios médicos que acepta como pago las tarifas acordadas, ya sea que participe o no en la red.

**Gasto total del asegurado:** Esta es la suma de su copago, deducible y coseguro. También incluye cualquier cantidad que no tenga cobertura según la póliza de su cobertura. Las cantidades que los prestadores de servicios médicos no participantes podrían facturarle no están incluidas en esta parte.

*Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Términos y condiciones y Declaración de privacidad: espanol.bcbstx.com/member/account-access/mobile/text-messaging

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

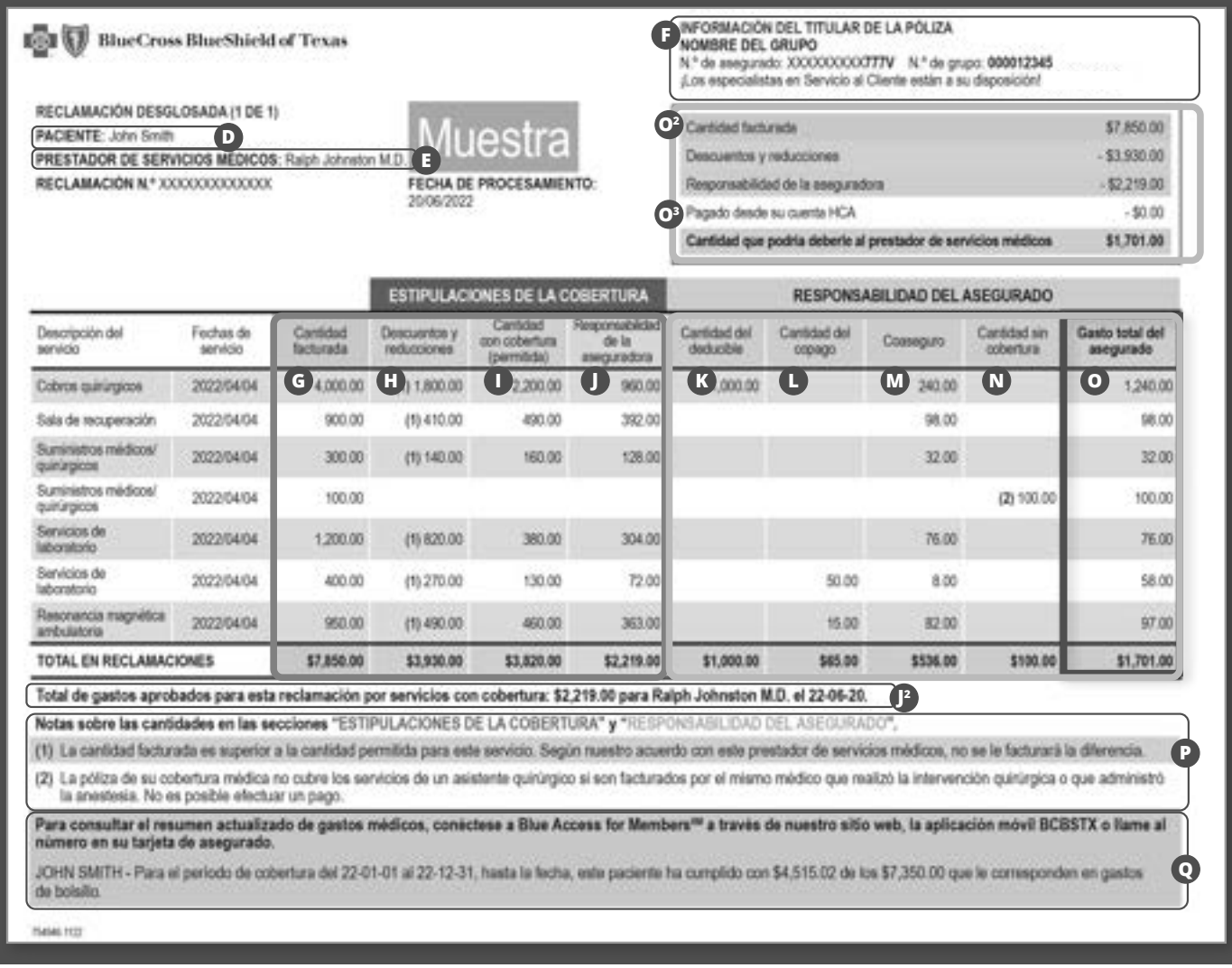
Su **Explicación de beneficios** (EOB, en inglés) le permite saber cuándo y cómo procesamos sus reclamaciones. No es una factura. Le da una vista detallada de los servicios incluidos en la cobertura y muestra lo que le puede deber a su prestador de servicios médicos después que se aplica su cobertura.

## La primera página incluye la información básica

**A.** Confirme que el número de su póliza es correcto.

**B.** Aprenda a descargar la aplicación móvil y obtenga acceso a sus reclamaciones en línea.

**C.** Encuentre contactos útiles y un glosario.



BlueCross BlueShield of Texas

**F** INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
**NOMBRE DEL GRUPO**
N.° de asegurado: XXXXXXXX**777V** N.° de grupo: **000012345**
¡Los especialistas en Servicio al Cliente están a su disposición!

RECLAMACIÓN DESGLOSADA (1 DE 1)
PACIENTE: John Smith **D**
PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS: Ralph Johnston M.D. **E**
RECLAMACIÓN N.° XXXXXXXXXXXX

Muestra

FECHA DE PROCESAMIENTO: 20/06/2022

| | |
|---|---|
| **O²** Cantidad facturada | $7,850.00 |
| Descuentos y reducciones | - $3,930.00 |
| Responsabilidad de la aseguradora | - $2,219.00 |
| **O³** Pagado desde su cuenta HCA | - $0.00 |
| **Cantidad que podría deberle al prestador de servicios médicos** | **$1,701.00** |

| | | ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA | | | | RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descripción del servicio | Fechas de servicio | Cantidad facturada | Descuentos y reducciones | Cantidad con cobertura (permitida) | Responsabilidad de la aseguradora | Cantidad del deducible | Cantidad del copago | Coaseguro | Cantidad sin cobertura | **Gasto total del asegurado** |
| Cobros quirúrgicos | 2022/04/04 | **G** 4,000.00 | **H** (1) 1,800.00 | **I** 2,200.00 | **J** 960.00 | **K** 1,000.00 | **L** | **M** 240.00 | **N** | **O** 1,240.00 |
| Sala de recuperación | 2022/04/04 | 900.00 | (1) 410.00 | 490.00 | 392.00 | | | 98.00 | | 98.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 300.00 | (1) 140.00 | 160.00 | 128.00 | | | 32.00 | | 32.00 |
| Suministros médicos/ quirúrgicos | 2022/04/04 | 100.00 | | | | | | | (2) 100.00 | 100.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 1,200.00 | (1) 820.00 | 380.00 | 304.00 | | | 76.00 | | 76.00 |
| Servicios de laboratorio | 2022/04/04 | 400.00 | (1) 270.00 | 130.00 | 72.00 | | 50.00 | 8.00 | | 58.00 |
| Resonancia magnética ambulatoria | 2022/04/04 | 950.00 | (1) 490.00 | 460.00 | 363.00 | | 15.00 | 82.00 | | 97.00 |
| **TOTAL EN RECLAMACIONES** | | **$7,850.00** | **$3,930.00** | **$3,820.00** | **$2,219.00** | **$1,000.00** | **$65.00** | **$536.00** | **$100.00** | **$1,701.00** |

**Total de gastos aprobados para esta reclamación por servicios con cobertura: $2,219.00 para Ralph Johnston M.D. el 22-06-20.** **J²**

**Notas sobre las cantidades en las secciones "ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA" y "RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO".**

(1) La cantidad facturada es superior a la cantidad permitida para este servicio. Según nuestro acuerdo con este prestador de servicios médicos, no se le facturará la diferencia. **P**

(2) La póliza de su cobertura médica no cubre los servicios de un asistente quirúrgico si son facturados por el mismo médico que realizó la intervención quirúrgica o que administró la anestesia. No es posible efectuar un pago.

**Para consultar el resumen actualizado de gastos médicos, conéctese a Blue Access for Members℠ a través de nuestro sitio web, la aplicación móvil BCBSTX o llame al número en su tarjeta de asegurado.**

JOHN SMITH - Para el período de cobertura del 22-01-01 al 22-12-31, hasta la fecha, este paciente ha cumplido con $4,515.02 de los $7,350.00 que le corresponden en gastos de bolsillo. **Q**

## En la segunda página usted puede hacer lo siguiente:

### Confirme la siguiente información:

**D.** Paciente **E.** Prestador de servicios médicos **F.** Información de la póliza

### Obtenga los detalles

**ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA:** Esta sección muestra la lista de servicios y la cobertura que tienen.

**G.** La Cantidad facturada es la cantidad total que el prestador de servicios ha facturado por los servicios.

**I.** La Cantidad con cobertura (Permitida) es la cantidad facturada (G) menos los descuentos o reducciones (H).

**J.** La Responsabilidad de la aseguradora es la porción que pagamos al prestador de servicios médicos.

### Vea los gastos que le corresponden

**RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO:** Esta sección muestra las cantidades compartidas que le corresponden como asegurado, e incluyen:

**K.** Deducible **L.** Copagos **M.** Coaseguro

Inscríbase para obtener su Explicación de beneficios en línea en **Blue Access for Members℠** o envíe **BCBSTXAPP** por mensaje de texto* al **33633** para descargar la aplicación móvil.

* Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Consulte los términos y las condiciones y nuestra política de privacidad en espanol.bcbstx.com/member/account-access/mobile/text-messaging.

Los ejemplos de Explicación de Beneficios son solo a efectos ilustrativos. Las Explicaciones de Beneficios no son todas iguales. El formato y el contenido de una Explicación de Beneficios depende de los servicios médicos proporcionados y las condiciones de su cobertura médica.

**O.** El Gasto total del asegurado detalla el monto que se muestra en la sección $O^2$, y es la suma del copago, deducible y coaseguro. Es posible que deba menos si el prestador de servicios médicos recibió algunos de estos pagos antes de prestar sus servicios. También incluye cualquier cantidad que no cubra su cobertura médica (N). No incluye ningún cobro que un prestador de servicios médicos no participante pueda facturarle. Si su cobertura incluye una Cuenta de rembolso de gastos médicos (HCA, en inglés) o una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), cualquier pago realizado por medio de esas cuentas se verá reflejado en esta línea ($O^3$). Las cuentas HCA y HSA no están disponibles en todas las coberturas.

### Obtenga más información

Su Explicación de beneficios puede incluir más información sobre lo siguiente:

**J².** Total de los servicios incluidos aprobados – Esta es la cantidad y la fecha en que le pagamos al prestador de servicios médicos. El total coincide con el total de la columna de Responsabilidad de la aseguradora (J).

**P.** Las notas numeradas ofrecen más detalles sobre los descuentos y reducciones (H) y las cantidades sin cobertura (N).

**Q.** Las cantidades máximas de la cobertura le ayudan a rastrear los totales anuales de los gastos de bolsillo, de modo que sabrá cuándo cumple con el límite de sus gastos compartidos como paciente.



# Estamos con usted dondequiera que vaya

**Descargue la aplicación de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) para cuidar de su salud dondequiera que esté.**

- Busque médicos, hospitales o centros de atención médica inmediata de la red.
- Acceda a información sobre reclamaciones, cobertura y deducible.
- Vea o imprima la tarjeta de asegurado.
- Inicie sesión de manera segura con la función de huella digital o de reconocimiento facial.*
- Consulte sus Explicaciones de beneficios.

## Luego, gestione sus preferencias.

### En la aplicación móvil BCBSIL:

- Actualice el número de teléfono celular en su perfil.
- Marque mensajes de texto como preferencia para recibir avisos.

### Elija la información y los mensajes que desea recibir:

- actualizaciones en relación con reclamaciones, autorizaciones previas u órdenes médicas;
- nueva documentación para revisar;
- notificaciones de mensajes seguros;
- información sobre nuevos beneficios y servicios médicos.

**¿Está listo?** Envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto** al **33633** para descargar la aplicación.




Disponible en español e inglés

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

* La disponibilidad varía según el dispositivo.

** Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Términos y condiciones y Declaración de privacidad disponibles en espanol.bcbsil.com/member/account-access/mobile/text-messaging.

227246.0523



# Cómo elegir atención médica de calidad para usted y su familia

Su cobertura le brinda acceso a centros de atención médica especializada que cumplen con las medidas nacionales para la atención médica de calidad y económica. Al acudir a médicos u hospitales Blue Distinction® Centers, aprovecha al máximo sus servicios con cobertura y tiene la seguridad de que el médico o el hospital cuentan con un historial de atención especializada comprobada y efectiva.

Estos son algunos de los servicios que se ofrecen en los centros Blue Distinction® para atención médica especializada:

- **Blue Distinction® Centers para cirugía bariátrica:** atención posoperatoria, seguimiento y educación para el paciente
- **Blue Distinction® Centers para atención cardíaca:** rehabilitación cardíaca, cateterización cardíaca y cirugía cardíaca
- **Blue Distinction® Centers para inmunoterapia celular (CAR-T):** tratamiento de ciertos cánceres de la sangre con la terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T)
- **Blue Distinction® Centers para atención de fertilidad:** enfocada en la fecundación in vitro (IVF)
- **Blue Distinction® Centers para terapia génica:** enfocada en el tratamiento de enfermedades hereditarias, como los trastornos oculares
- **Blue Distinction® Centers para reemplazo de cadera y rodilla:** cirugías y servicios de reemplazo de cadera y rodilla
- **Blue Distinction® Centers para atención de maternidad:** servicios de parto, incluyendo partos vaginales y por cesárea
- **Blue Distinction® Centers para tratamiento y recuperación de abuso de sustancias:** servicios residenciales, para pacientes hospitalizados, intensivos para pacientes externos y de hospitalización parcial
- **Blue Distinction® Centers para cirugía de la columna vertebral:** servicios de cirugía de la columna vertebral, incluyendo procedimientos de discectomía, fusión y descompresión
- **Blue Distinction® para trasplantes:** trasplantes y servicios de apoyo

**Blue Distinction Centers (BDC):** Médicos y hospitales reconocidos por su experiencia en la prestación de atención médica especializada

**Blue Distinction Centers+ (BDC+):** Médicos y hospitales reconocidos por su experiencia y eficiencia en la prestación de atención médica especializada

## Mayor calidad a un costo más bajo

En un centro BDC o BDC+, es posible que obtenga mejores resultados y pague menos por gastos de bolsillo*, dependiendo de su cobertura. Aunque es posible que su cobertura requiera que usted reciba el tratamiento en un centro BDC o BDC+, podría tener cobertura en un centro que no sea BDC, pero por lo general sus gastos de bolsillo serán más altos.

## Acceso en todo el país

Existen aproximadamente 2,620 centros Blue Distinction® para atención médica especializada y profesionales médicos en todo el país. Para buscar centros BDC cerca de usted, ingrese al portal Blue Access for Members℠ (BAM℠) en **espanol.bcbsil.com/member**. Para crear una cuenta en BAM, solo necesita sus números de grupo y de asegurado, que se encuentran en la tarjeta del seguro médico. BAM es un portal protegido y fácil de navegar. Al realizar búsquedas de prestadores de servicios médicos en BAM, los resultados arrojarán únicamente prestadores de servicios médicos de la red.

Al iniciar sesión en BAM, también puede usar el directorio Provider Finder® para hacer lo siguiente:

- calcular costos de hasta 1,600 procedimientos, tratamientos y pruebas, incluyendo gastos de bolsillo;
- conocer la opinión de otros pacientes;
- conocer las valoraciones de otros expertos en la industria;
- consultar acreditaciones y reconocimientos de prestadores de servicios médicos;
- valorar al médico u hospital después de una consulta.

Para realizar búsquedas básicas de prestadores de servicios médicos, puede usar el directorio Provider Finder sin iniciar sesión en BAM. Consulte **espanol.bcbsil.com** y haga clic en la pestaña **Atención médica *(Find Care)*.** También puede descargar la aplicación BCBSIL en las tiendas virtuales App Store y Google Play.

Llame sin costo al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado para obtener ayuda para localizar prestadores de servicios médicos que participen en la red o resolver dudas sobre los servicios con cobertura.



## Obtenga más información sobre Blue Distinction.

Visite **bcbs.com/why-bcbs/blue-distinction/** o llame al número de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado.

*Los costos varían. Consulte los detalles en su certificado de beneficios y servicios médicos.

Aviso: La denominación BDC que se le otorga a los centros significa que la experiencia general y los datos acumulados de estos cumplen con los objetivos de los criterios establecidos en colaboración con las recomendaciones de clínicos expertos y de las principales organizaciones de profesionales médicos. Los resultados individuales podrían variar. Para obtener información sobre qué servicios tienen cobertura con su póliza de seguro en cualquier centro, llame a la entidad Blue Cross and Blue Shield de su localidad. Llame a su profesional médico antes de hacer una cita para verificar su participación en la red. Ni Blue Cross and Blue Shield Association, ni ninguna de sus licenciatarias son responsables de ningún daño, pérdida o cargos sin cobertura que puedan ser el resultado de recibir atención médica de un proveedor designado como Centro Blue Distinction.

228242.0423



# ¿Cuánto cuesta?

## Explore su cobertura con Provider Finder®

A la hora de decidir dónde recibir atención médica, hay que tener en cuenta muchas cosas. Vea cuánto varían los precios por el mismo procedimiento en una misma área. Provider Finder es una herramienta que le ayuda a tomar las decisiones adecuadas en relación con la atención médica.

| Procedimiento | Prestador de servicios médicos A | Prestador de servicios médicos B | **Diferencia** |
|---|---|---|---|
| Resonancia magnética cerebral | $682[1] | $3,849[1] | **$3,167** |
| Histerectomía | $12,371[2] | $20,578[2] | **$8,207** |
| Reparación de hernia | $4,142[2] | $11,692[2] | **$7,550** |
| Remplazo de rodilla | $16,997[1] | $55,155[1] | **$38,158** |

Tenga en cuenta que los costos son solo ejemplos y podrían ser diferentes según el caso de cada asegurado.

### Provider Finder les permite a los asegurados:

**Consultar costos antes de ir a una cita médica.** Encuentre prestadores de servicios médicos de calidad con contrato independiente que cobran menos.

**Encontrar y comparar médicos y centros médicos.** Busque médicos en su localidad que participan en la red. Consulte si un centro ha obtenido algún reconocimiento por brindar atención médica de calidad.

**Entender los servicios con cobertura.** Conozca lo que tendría que pagar, según el copago, coaseguro, deducible y otros beneficios de su cobertura.*

**Obtener más información sobre sus prestadores de servicios médicos.** Lea las opiniones y las valoraciones que hacen otros asegurados sobre los prestadores de servicios médicos. También puede compartir su opinión.

### Digitalícese

Para utilizar el directorio Provider Finder, inscríbase o inicie sesión en Blue Access for Members℠, en **espanol.bcbsil.com**. Haga clic en la pestaña "**Buscar atención médica**" (*Find Care*). Luego, en "**Busque un médico u hospital**" (*Find a Doctor or Hospital*).

1. La información de los costos permitidos en la red proviene de prestadores de servicios médicos en un radio de 50 millas de Chicago, Illinois. Los costos son solo ejemplos y podrían ser diferentes según el caso de cada asegurado.
2. La información de los costos permitidos en la red proviene de prestadores de servicios médicos en un radio de 50 millas de Springfield, Illinois. Los costos son solo ejemplos y podrían ser diferentes según el caso de cada asegurado.

* Disponible en la mayoría de las redes y coberturas.

238250.0223



# Información sobre medicamentos recetados y de bienestar

24394.0421



# ¿Necesita medicamentos especializados?

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) les brinda apoyo a los asegurados que requieren de medicamentos especializados autoadministrables y les ayuda a coordinar su terapia. Accredo® es la farmacia especializada elegida justamente para esto.[1]

Por lo general, los medicamentos especializados se recetan para tratar problemas médicos crónicos, complejos o poco comunes, como la esclerosis múltiple, la hepatitis C y la artritis reumatoide.

Generalmente se debe tomar los medicamentos especializados siguiendo un plan de tratamiento (o un horario estricto). Además, tienen indicaciones específicas de almacenamiento y cuidado, y es posible que se suministren solo en farmacias participantes.

Algunos medicamentos especializados tienen que ser administrados por profesionales médicos, mientras que otros tienen aprobación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) para ser autoadministrados (ya sea por usted o por quien lo esté cuidando). Los medicamentos que requieran ser administrados por un profesional médico, generalmente, están incluidos en la cobertura para medicamentos. El médico ordenará dichos medicamentos. Por lo general, los medicamentos especializados autoadministrables están incluidos en la cobertura de servicios en farmacias y para medicamentos. El médico ordenará por escrito o por teléfono dichos medicamentos autoadministrables a alguna farmacia especializada.

La cobertura médica podría requerir que los medicamentos especializados se surtan a través de Accredo o en otra farmacia especializada de la red. En caso de no hacerlo a través de estas farmacias, usted podría incurrir en gastos de bolsillo más altos. El médico también podría pedir a través de Accredo ciertos medicamentos especializados que requieran ser administrados por un profesional médico.

## Ejemplos de medicamentos especializados autoadministrables

En la siguiente tabla encontrará algunos problemas médicos que pueden tratarse con medicamentos especializados autoadministrables, junto con medicamentos de muestra. Esta no es una lista exhaustiva y en ocasiones está sujeta a cambios. Consulte la lista actualizada de medicamentos especializados en **espanol.bcbsil.com**.

| Problemas médicos | Medicamentos de muestra[3] |
|---|---|
| **Enfermedades autoinmunes** | Cosentyx, Enbrel, Humira, Xeljanz |
| **Osteoporosis** | Forteo, Tymlos |
| **Cáncer (oral)** | Sprycel, Imbruvica, Kisqali, Ibrance, Xtandi |
| **Hormonas del crecimiento** | Norditropin Flexpro, Genotropin |
| **Hepatitis C** | Epclusa, Harvoni, Mavyret, Sovaldi, Vosevi |
| **Esclerosis múltiple** | Betaseron, Aubagio, Rebif |

## Apoyo para manejar el problema médico: Accredo

A través de Accredo, puede recibir sus medicamentos especializados autoadministrables incluidos en su cobertura en la comodidad de su hogar. Al obtener sus medicamentos especializados a través de Accredo, también obtiene lo siguiente:

- asesoramiento individual con más de 500 farmacéuticos para padecimientos específicos y más de 600 enfermeros;
- comunicación sencilla, incluidos recordatorios para surtir medicamentos ya sea por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o en el sitio web;[4]
- sitio web para asegurados para solicitar el surtido de medicamentos, consultar estados de órdenes y hacer seguimiento de envíos, consultar historiales y órdenes de medicamentos, establecer preferencias de perfil y obtener más información sobre padecimientos;
- aplicación móvil que le permite surtir y hacer seguimiento de recetas, realizar pagos y establecer recordatorios para tomar su medicamento;[4]
- envío estándar gratuito;
- atención las 24 horas, los 7 días de la semana.

## Pedidos de medicamentos con Accredo

Usted puede pedir a Accredo sus recetas nuevas para medicamentos autoadministrables o transferir recetas vigentes. **Comience a usar los servicios de Accredo comunicándose al 833-721-1619**. Un representante de Accredo junto con su médico coordinarán el resto.

Una vez se inscriba, puede coordinar sus recetas en **accredo.com** o a través de la aplicación móvil.

## Cómo recibir medicamentos especializados

Debido a que muchos medicamentos especializados tienen condiciones únicas de envío y entrega, Accredo se encargará de coordinar estos servicios con usted. Los medicamentos se envían en empaques simples, resistentes y seguros.

Antes de la fecha programada para el surtido de sus medicamentos, se comunicarán con usted en relación con lo siguiente:

- confirmación de medicamentos, dosis y sitio de entrega;
- corroborar cualquier cambio en la receta que su médico haya ordenado;[5]
- hablar acerca de cambios en su problema médico o responder a cualquier pregunta que tenga sobre su salud.[5]

## Asesoramiento individual

Accredo tiene 15 Therapeutic Resource Centers® (centros de recursos terapéuticos), cada uno enfocado en un padecimiento especializado específico. A través de las sesiones de asesoramiento individual, se dialogará sobre cómo ayudarle a reducir la progresión de la enfermedad y lograr sus objetivos de tratamiento; controlar los efectos secundarios de sus medicamentos; seguir su plan de medicamentos y hacer seguimiento de su progreso. También pueden ofrecer apoyo con cualquier inquietud financiera o de la póliza que pueda tener.

**Exclusiones y limitaciones sujetas a lo estipulado en su cobertura médica. Algunos medicamentos requieren que los asegurados reúnan ciertas condiciones para tener derecho a beneficios farmacéuticos para medicamentos con receta. Consulte los materiales sobre beneficios o llame a servicio al cliente al número en su tarjeta de asegurado si tiene alguna pregunta.**

1. Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) tiene contrato con Prime Therapeutics para administrar servicios en farmacias, coberturas para medicamentos y otros servicios relacionados. Tanto BCBSIL como varias entidades Blue Cross and Blue Shield independientes tienen interés de propiedad en Prime Therapeutics.
2. Accredo forma parte de la red de farmacias especializadas de BCBSIL junto con otras farmacias especializadas de la red para ciertos medicamentos especializados. Según lo estipulado en cada cobertura médica, en caso de no surtir en farmacias especializadas, los asegurados podrían ser responsables del costo total de los medicamentos especializados. Inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠) para buscar farmacias especializadas de la red en su localidad.
3. Las marcas de terceros son propiedad de sus respectivos dueños.
4. No todos los medicamentos se pueden volver a surtir a través de la aplicación, por mensaje de texto o correo electrónico.
5. Las decisiones de tratamiento recaen en usted y el médico.

Accredo tiene contrato para proporcionar servicios para BCBSIL. Accredo es una marca registrada de Express Scripts Strategic Development, Inc.
24935.0323



# Un servicio de entrega de medicamentos a domicilio (por correo) en el que puede confiar

La farmacia Express Scripts® Pharmacy entrega sus medicamentos a largo plazo (o de mantenimiento) justo en donde lo desee. No es necesario conducir hasta la farmacia ni hacer fila para surtir sus recetas médicas.

**Ahorros y conveniencia**

- La farmacia Express Scripts® Pharmacy entrega suministros de 90 días de medicamentos a largo plazo[1].
- Los medicamentos recetados se envían a la dirección que usted indique, dentro de los EE. UU., y el envío estándar es gratuito.
- Puede hacer su pedido desde la comodidad de su hogar, ya sea a través de un dispositivo móvil, en línea o por teléfono. Su médico puede enviar la receta médica por fax, hacer la orden por teléfono o enviarla electrónicamente a la farmacia Express Scripts® Pharmacy.
- El empaquetado sin marcas y a prueba de manipulaciones protege su privacidad.

**Apoyo y servicio**

- Puede recibir notificaciones por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto, según su elección, cuando se reciban pedidos y se despachen. Se comunicarán si es necesario para completar su pedido. Para seleccionar el medio de notificación de preferencia, regístrese en línea en **express-scripts.com/rx** o llame al **833-715-0942**.
- Acceso a un equipo de farmacéuticos y personal de apoyo capacitados, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Solicite recibir recordatorios por teléfono o correo electrónico para volver a surtir sus medicamentos.
- Hay varias farmacias ubicadas en todo Estados Unidos para procesar y dispensar medicamentos de manera rápida.




**La entrega de los medicamentos puede demorar hasta 5 días hábiles después de que la farmacia Express Scripts® Pharmacy reciba y verifique su pedido.**

# Cómo comenzar a usar el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy

## En línea y con dispositivos móviles

Tiene varias opciones en línea o desde un dispositivo móvil para surtir medicamentos con receta:

- Visite **express-scripts.com/rx**. Siga las instrucciones para registrarse y crear un perfil. Consulte la lista de medicamentos que le recetaron o envíe su pedido para volver a surtirlos
- Inicie sesión en **myprime.com** y siga los enlaces para la farmacia Express Scripts® Pharmacy.

## Por teléfono

Llame al **833-715-0942** para volver a surtir medicamentos, transferir recetas médicas vigentes o solicitar el servicio de entrega de medicamentos a domicilio. Tenga lista su tarjeta de asegurado, la información de sus recetas médicas y la información de contacto de su médico.

## Por correo

Para hacer un pedido de medicamentos recetados por correo, visite **espanol.bcbsil.com** e inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠). Complete el formulario de pedidos por correo. Envíe su receta médica, el formulario de pedidos completado y el pago a la farmacia Express Scripts® Pharmacy.

## Hable con su médico

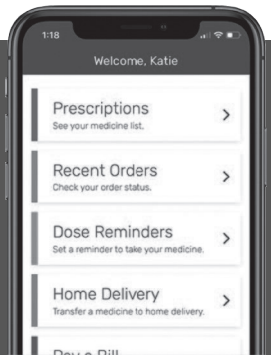
Pídale a su médico una receta para un suministro de 90 días de cada uno de sus medicamentos a largo plazo.[1] Puede pedirle a su médico que envíe la receta médica electrónicamente a Express Scripts® Pharmacy, que llame al **888-327-9791** para pedir instrucciones para hacer el pedido por fax o que llame a la farmacia al **833-715-0942**. Si necesita empezar a tomar el medicamento de inmediato, solicite una receta para un suministro máximo de un mes que pueda surtir en una farmacia comercial en su área.

## Volver a surtir medicamentos es fácil

Las fechas para volver a surtir medicamentos se encuentran en la etiqueta de cada medicamento. Puede solicitarle a la farmacia Express Scripts® Pharmacy que le envíen un recordatorio a su teléfono o por correo electrónico cuando sea tiempo de volver surtir sus medicamentos. Seleccione la opción de recordatorio que mejor le convenga.

## ¿Tiene preguntas?

Visite **espanol.bcbsil.com**. También puede llamar al número en su tarjeta de asegurado.




## Use la aplicación móvil para gestionar sus medicamentos recetados:

- volver a surtir medicamentos recetados;
- rastrear pedidos;
- hacer pagos;
- programar recordatorios para tomarse sus medicinas, y más.

1. Recetas médicas para un suministro de hasta 90 días o la cantidad máxima permitida según la cobertura.

La farmacia Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para ofrecer servicios farmacéuticos por correo a los asegurados de Illinois. La relación entre Express Scripts® Pharmacy y Blue Cross and Blue Shield of Illinois es de contratistas independientes. Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

Prime Therapeutics LLC es una compañía que administra servicios farmacéuticos, contratada por BCBSIL para proporcionar servicios de administración de beneficios farmacéuticos y otros servicios relacionados. Tanto BCBSIL como varias entidades Blue Cross and Blue Shield independientes tienen interés de propiedad en Prime Therapeutics LLC. Prime Therapeutics, LLC, ofrece el sitio digital MyPrime.com.

23345.0521

# Lista de medicamentos con receta: Preguntas y respuestas

### ¿En qué consiste la lista de medicamentos con receta?

La cobertura para medicamentos con receta se basa en la lista de medicamentos de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL). Esta lista se actualiza periódicamente según las recomendaciones de un comité conformado por personas de todo el país que poseen títulos en Medicina o Farmacología. Los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, en inglés) se eligen con base en su seguridad, costo y efectividad.

La lista de medicamentos *Enhanced Drug List* es una versión abreviada de la lista *Basic Drug List*. Esta incluye mayormente medicamentos genéricos y algunos de marca preferenciales.

Las listas *Balanced Drug List, Performance Drug List, Performance Select Drug List* y *2023 Drug List* (para coberturas con clasificación metálica) incluyen todos los medicamentos con cobertura.

Las clases principales de medicamentos están incluidas en todas las listas. Llame al número en su tarjeta de asegurado para obtener más información sobre su lista de medicamentos.

### ¿Por qué usar la lista de medicamentos?

La lista de medicamentos tiene varios niveles de cobertura denominados niveles de pago. Cada nivel tiene sus propios costos. Por lo general, el copago o coaseguro será menor para los medicamentos con receta incluidos en el nivel de pago más bajo. Por ejemplo, los medicamentos de marca preferenciales, generalmente, costarán menos que los de marca no preferenciales.

Si la cobertura se basa en las listas *Basic Drug List* o *Enhanced Drug List*, la mayoría de los medicamentos no incluidos en las listas podrían tener cobertura, pero podría pagar más de su bolsillo. Si la cobertura se basa en las listas *Balanced Drug List, Performance Drug List, Performance Select Drug List* o *2023 Drug List* (para coberturas con clasificación metálica), los medicamentos no incluidos en las listas no tienen cobertura y tendrá que pagar el costo total del medicamento.

La lista de medicamentos es una guía para su médico al recetarle medicamentos. Pero solo usted y su médico deciden cuál es el medicamento que más le conviene.

### ¿Cuáles son las ventajas de los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos suelen costar menos y son tan seguros y eficaces como los de marca. Por lo general, se puede sustituir un medicamento de marca por uno genérico si contiene los mismos ingredientes activos, la misma concentración y dosificación, y si produce los mismos resultados. Hable con su médico o farmacéutico para informarse si hay un medicamento genérico adecuado para usted.

### ¿Cómo sé si un medicamento está en la lista y cuánto me costará?

Al otro lado de este volante se mencionan algunos de los medicamentos de marca preferenciales y genéricos que se recetan comúnmente. Si un medicamento que busca no aparece en este volante, visite **espanol.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists** o llame a servicio al cliente al número en su tarjeta de asegurado de BCBSIL.

La cantidad a pagar de su bolsillo dependerá de su cobertura y del nivel de pago en el que encuentre el medicamento en la lista. Para consultar cuánto pagará, inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠) en **espanol.bcbsil.com** o llame a servicio al cliente al número en su tarjeta de asegurado.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Los medicamentos que deben administrarse por un profesional médico (por lo general, en un hospital, consultorio médico o cualquier otro centro médico) podrían estar incluidos en su cobertura médica, en lugar de la cobertura para medicamentos y servicios farmacéuticos. Estos medicamentos no están en la lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre este tipo de medicamentos, llame al número en su tarjeta de asegurado.

### ¿Cuáles son los límites de surtido?

Algunos medicamentos en la lista podrían tener requisitos adicionales o requerir que se tomen pasos extra antes de surtir la receta. Uno de los requisitos es el límite de surtido. Esto significa que solo podría surtir cierta cantidad del medicamento por surtido. Por ejemplo, la cobertura para el medicamento para la osteoporosis Actonel® (risedronate) está limitada a 30 tabletas por cada 30 días, debido a que la etiqueta aprobada por la FDA recomienda la dosis de una tableta oral de 5 mg diaria.

### ¿Qué sucede si tengo preguntas?

Llame a servicio al cliente al número en su tarjeta de asegurado, con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite **espanol.bcbsil.com**.

# Julio de 2023: Medicamentos que se recetan comúnmente

Esta lista es una muestra de los medicamentos de marca preferenciales y genéricos que se recetan con más frecuencia. Consulte en **espanol.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists** las listas de medicamentos más completas y actualizadas de BCBSIL. Las listas de medicamentos en línea (*Balanced Drug List, Basic Drug List, Enhanced Drug List, Performance Drug List*, *Performance Select Drug List y 2023 Drug List para las coberturas con clasificación metálica*) se podrían actualizar hasta cuatro veces al año, dependiendo de la cobertura para medicamentos con receta. Algunas de las listas en línea (las versiones anuales) se podrían actualizar una vez al año, según la cobertura. La lista podría incluir medicamentos que no estén incluidos en su cobertura para medicamentos con receta. Además, las recetas para surtir medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) podrían no tener cobertura. Si tiene preguntas sobre la cobertura, llame al número en su tarjeta de asegurado.

## ANTIHIPERTENSIVOS

**Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) y combinaciones**

benazepril hcl tab (tabletas)
benazepril-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
captopril tab (tabletas)
doxazosin mesylate tab (tabletas)
enalapril maleate tab (tabletas)
enalapril maleate-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
fosinopril sodium tab (tabletas)
fosinopril sodium-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
lisinopril tab (tabletas)
lisinopril/hydrochlorothiazide tab (tabletas)
moexipril hcl tab (tabletas)
perindopril erbumine tab (tabletas)
quinapril hcl tab (tabletas)
quinapril-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
ramipril cap (cápsulas)
trandolapril tab (tabletas)

**Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARB) y combinaciones**

candesartan cilexetil tab (tabletas)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
irbesartan tab (tabletas)
irbesartan-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
losartan potassium tab (tabletas)
losartan potassium-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
olmesartan medoxomil tab (tabletas)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab (tabletas)
telmisartan tab (tabletas)
valsartan tab (tabletas)
valsartan-hydrochlorothiazide tab (tabletas)

**Bloqueadores beta y combinaciones**

acebutolol hcl cap (cápsulas)
atenolol tab (tabletas)
atenolol-chlorthalidone tab (tabletas)
bisoprolol fumarate tab (tabletas)
bisoprolol/hydrochlorothiazide tab (tabletas)
carvedilol tab (tabletas)
labetalol hcl tab (tabletas)
metoprolol/hydrochlorothiazide tab (tabletas)
metoprolol succinate tab er 24hr (tabletas de liberación prolongada, 24 h)
metoprolol tartrate tab (tabletas)
nadolol tab (tabletas)
pindolol tab (tabletas)
propranolol hcl cap er 24hr (tabletas de liberación prolongada, 24 h)
propranolol hcl tab (tabletas)
sotalol hcl

**Bloqueadores de canales de calcio y combinaciones**

amlodipine besylate tab (tabletas)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap (cápsulas)
amlodipine besylate-valsartan tab (tabletas)
diltiazem hcl coated beads cap er 24hr (perlas de liberación retardada, 24 h, con recubrimiento)
diltiazem hcl tab (tabletas)
felodipine tab er 24hr (tabletas de liberación prolongada, 24 h)
nifedipine tab er 24hr osmotic release (tabletas de liberación osmótica y prolongada, 24 h)
nimodipine cap (cápsulas)
verapamil hcl tab er (tabletas de liberación prolongada)
verapamil hcl tab (tabletas)

**Otros antihipertensivos**

clonidine hcl tab (tabletas)
clonidine td patch weekly (parche transdérmico semanal)
eplerenone tab (tabletas)
guanfacine hcl tab (tabletas)
hydralazine hcl tab (tabletas)
minoxidil tab (tabletas)
phenoxybenzamine hcl cap (cápsulas)
terazosin hcl cap (cápsulas)

## ASMA/ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

ADVAIR DISKUS
ADVAIR HFA
albuterol HFA
albuterol sulfate soln nebu (solución para nebulizador)
albuterol sulfate syrup (jarabe)
albuterol sulfate tab (tabletas)
ANORO ELLIPTA
ARNUITY ELLIPTA
ASMANEX HFA
ASMANEX TWISTHALER
BREO ELLIPTA
BREZTRI AEROSPHERE
budesonide inhalation susp (suspensión para inhalación)
COMBIVENT RESPIMAT
DULERA
FLOVENT DISKUS
FLOVENT HFA
INCRUSE ELLIPTA
ipratropium bromide inhal soln (solución para inhalación)
ipratropium-albuterol nebu soln (solución para nebulizador)
levalbuterol hcl soln nebu conc (solución concentrada para nebulizador)
montelukast sodium
NUCALA
QVAR REDIHALER
SEREVENT DISKUS
SPIRIVA HANDIHALER
SPIRIVA RESPIMAT
STIOLTO RESPIMAT
STRIVERDI RESPIMAT
SYMBICORT
terbutaline sulfate tab (tabletas)
theophylline tab er 24hr (tabletas de liberación prolongada, 24 h)
TRELEGY ELLIPTA
zafirlukast tab (tabletas)

## COLESTEROL

atorvastatin calcium tab (tabletas)
colesevelam hcl
colestipol hcl granule packets (granulado en sobres)
ezetimibe tab (tabletas)
ezetimibe-simvastatin tab (tabletas)
fenofibrate micronized cap (cápsulas)
fenofibrate tab (tabletas)
gemfibrozil tab (tabletas)
lovastatin tab (tabletas)
niacin tab er (tabletas de liberación prolongada)
pravastatin sodium tab (tabletas)
rosuvastatin calcium tab (tabletas)
simvastatin tab (tabletas)

## DEPRESIÓN

amitriptyline hcl tab (tabletas)
bupropion hcl tab (tabletas)
bupropion hcl tab er (tabletas de liberación prolongada)
citalopram hydrobromide
clomipramine hcl cap (cápsulas)
desipramine hcl tab (tabletas)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap (cápsulas con recubrimiento entérico)
escitalopram oxalate tab (tabletas)
fluoxetine hcl
fluvoxamine maleate tab (tabletas)
imipramine hcl tab (tabletas)
mirtazapine tab (tabletas)
nortriptyline hcl cap (cápsulas)
paroxetine hcl tab (tabletas)
sertraline hcl
tranylcypromine sulfate tab (tabletas)
trazodone hcl tab (tabletas)
venlafaxine hcl cap er (cápsulas de liberación prolongada)
venlafaxine hcl tab (tabletas)

## DIABETES

acarbose tab (tabletas)
BAQSIMI ONE PACK
FARXIGA
glimepiride tab (tabletas)
glipizide tab (tabletas)
glipizide tab er 24hr (tabletas de liberación prolongada, 24 h)
glipizide-metformin hcl tab (tabletas)
GLUCAGON EMERGENCY KIT
glyburide micronized tab (tabletas)
glyburide tab (tabletas)
glyburide-metformin tab (tabletas)
GLYXAMBI
GVOKE HYPOPEN 1-PACK
GVOKE HYPOPEN 2-PACK
GVOKE PFS
HUMULIN R U-500
INSULIN GLARGINE-YFGN
JANUMET
JANUMET XR
JANUVIA
JARDIANCE
LEVEMIR
LEVEMIR FLEXTOUCH
metformin hcl tab (tabletas)
metformin hcl tab er (tabletas de liberación prolongada)
nateglinide tab (tabletas)
NOVOLIN 70/30
NOVOLIN N
NOVOLIN N RELION
NOVOLIN R
NOVOLIN R FLEXPEN
NOVOLOG
NOVOLOG MIX 70/30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILL
pioglitazone hcl-metformin hcl tab (tabletas)
pioglitazone hcl tab (tabletas)
repaglinide tab (tabletas)
RYBELSUS
SEMGLEE
SOLIQUA 100/33
SYNJARDY
SYNJARDY XR
TRESIBA
TRIJARDY XR
VICTOZA
XIGDUO XR
XULTOPHY 100/3.6
ZEGALOGUE

Los medicamentos de marca preferenciales aparecen en MAYÚSCULAS. Los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas.
Las marcas comerciales y marcas de servicio de los medicamentos son propiedad de sus respectivos propietarios.



# Prioridad: Cuidado de la diabetes

Vivir con diabetes puede ser un reto. Sin embargo, se ha comprobado que mantener los niveles de azúcar en la sangre cerca de los normales reduce el riesgo de desarrollar problemas relacionados con la diabetes. Para controlar la diabetes es importante supervisar sus niveles de azúcar en la sangre con un medidor de glucosa.

## Cómo elegir un medidor de glucosa en la sangre

A menudo, la elección de un medidor depende de las características que está buscando. Considere lo siguiente al hacer su elección:

- ¿Qué tan preciso es el medidor según sus puntuaciones? ¿Viene con una solución de control o tira reactiva de prueba para comprobar la precisión?
- ¿El medidor cabe en una mochila, kit de suministros o cartera?
- ¿Qué tan fácil es para usted usar las tiras reactivas de prueba? También puede intentarlo con un medidor que use cartuchos en lugar de tiras reactivas individuales.
- ¿Cuánta sangre necesita el medidor? Entre menos, mejor.
- ¿Desea descargar los resultados a una computadora o enviarlos por correo electrónico al consultorio de su médico?
- ¿Está interesado en poder hacerse la prueba en distintas partes del cuerpo? Existen medidores que pueden hacer las pruebas con muestras de sangre de diferentes partes del cuerpo.

## Cómo medirse la glucosa en la sangre

Para tener una buena perspectiva de cómo está cuidando su diabetes, hágase chequeos regulares de glucosa en la sangre y lleve un registro constante.

Los chequeos le indican con qué frecuencia sus niveles de glucosa están en el nivel deseado. El nivel deseado es el nivel de glucosa en la sangre que usted establezca con su médico. Una vez sepa cuándo y con qué frecuencia debe revisar sus niveles de glucosa, siga el mismo horario todos los días.

Mantenga un registro diario de sus niveles. Recuerde llevar consigo su registro cuando consulte al médico o a otros miembros del equipo para el cuidado de la diabetes. La información que usted incluya en su registro les permitirá conocer su estado de salud.

Para obtener más información sobre la diabetes, visite **espanol.bcbsil.com**, inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠), haga clic en la pestaña 'Bienestar' (Wellness), luego en la sección 'Artículos' y seleccione 'Diabetes'. Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) ofrece algunos medidores de glucosa, sin costo adicional, para los asegurados con diabetes.

# Medidores de glucosa a su disposición

## BCBSIL le ofrece la siguiente variedad de medidores de glucosa sin costo adicional y por tiempo limitado para ayudarlo a controlar su padecimiento. Esta promoción está disponible hasta el 31 de marzo de 2024*.

Si usted tiene cobertura para medicamentos con receta de BCBSIL, las tiras reactivas CONTOUR® NEXT para los siguientes medidores se incluyen como marcas preferenciales en la lista de medicamentos. Los niveles de cobertura y de pago para las tiras reactivas de marca no preferenciales pueden variar dependiendo de su cobertura para medicamentos.

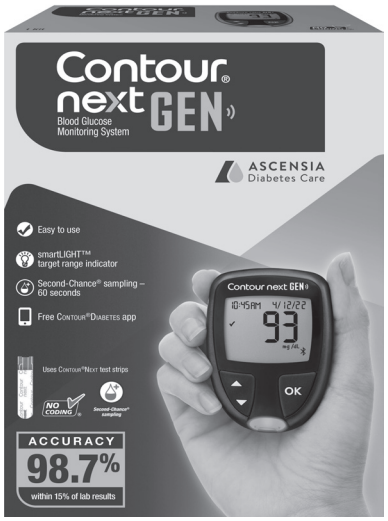
**Repase estas opciones y pregúntele a su médico cuál es el medidor indicado para usted.**

### Sistemas de monitoreo de glucosa en la sangre CONTOUR®NEXT

Para pedir que se le envíe directamente un medidor CONTOUR NEXT, llame al **800-401-8440** y mencione el código **BDC-HCS**. También puede buscar el medidor en una farmacia de la red mostrando el cupón que aparece a continuación (consulte la lista de farmacias en **myprime.com** cobertura para medicamentos con receta de BCBSIL).

### Sistema de monitoreo de glucosa en la sangre CONTOUR NEXT GEN

- Este medidor proporciona resultados precisos y es fácil de usar[1].
- Reciba resultados inmediatos por medio de Bluetooth® en su teléfono inteligente o tableta.
- La función smartLIGHT[2] activa una luz roja, amarilla o verde al mostrar los resultados.
- La precisión del 97.8% de los resultados del medidor de glucosa tuvo una variación de 10 mg/dl o de un 10% en comparación con los resultados de precisión.




### Sistema de monitoreo de glucosa en la sangre CONTOUR NEXT EZ

- Este medidor tiene las características de uso fácil deseadas.
- Puede usarlo inmediatamente después de sacarlo de la caja.
- Su pantalla es de lectura fácil.

Visite **contournext.com** para obtener una descripción más detallada de estos medidores.

¡BUSQUE EL SUYO AHORA MISMO!

### Medidores CONTOUR®NEXT GRATUITOS†

**Visite la farmacia más cercana para obtener un medidor gratuito hoy mismo.**

Este cupón es parte del programa Ascensia Diabetes Care Free Meter Program. Este cupón debe estar acompañado de una receta médica. Si no existe una en el expediente, comuníquese con el médico. Despache un (1) medidor CONTOUR®NEXT GEN o CONTOUR®NEXT EZ sin costo alguno al paciente. Presente la reclamación en línea a RxSolutions. Este cupón es válido para despachar solo un medidor sin autorización para volver a surtir. Se requiere un número de identificación válido de la persona que receta, así como nombre y fecha de nacimiento del paciente para adjudicar la reclamación. Borre el número de identificación de la hoja de información del paciente después de que la reclamación haya sido procesada. Si necesita ayuda en presentar esta reclamación, llame a la línea de asistencia al 1-855-282-4888.

**N.º RxBin:** 018844
**N.º PCN:** 3F
**N.º de grupo:** MGDCARE
**N.º de identificación:** CNMC7246982
**Vence el:** 31/marzo/2024

† **LIMITACIONES Y RESTRICCIONES.** Ascensia Diabetes Care le proporciona este cupón canjeable por un medidor CONTOUR®NEXT GEN o CONTOUR®NEXT EZ gratuito. Debe presentar este cupón a la farmacia más cercana para recibir un medidor gratuitamente. Ascensia Diabetes Care se reserva el derecho de hacer cambios o suspender este programa en cualquier momento sin previo aviso. **La reclamación del producto despachado en virtud de esta tarjeta debe ser presentada a RxSolutions SOLAMENTE para rembolso y no puede ser presentada para rembolso de programas de seguro federales o estatales como Medicare, Medicaid o cualquier tercero. Límite de un medidor por persona. Nulo donde esté prohibido.**

1. CONTOUR NEXT GEN BGMS User Guide (guía para el usuario); revisión: septiembre de 2020.
2. Smartson slides Worksheet Report 1 and 2 (diapositivas 1 y 2 de las hojas de trabajo del informe Smartson) (traducidas al inglés) (v0.2): el 92% de los usuarios considera que es más rápido y fácil interpretar los resultados con la función smartLIGHT (pág. 4).

* Oferta para pacientes con diabetes que reúnan los requisitos, sujeta a disponibilidad. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Hasta agotar existencias. Nulo donde esté prohibido. Esta promoción debe estar acompañada de una receta médica. Ascensia Diabetes Care se reserva el derecho de cancelar o cambiar esta promoción en cualquier momento y sin previo aviso. Queda prohibida la reventa de productos etiquetados como muestra gratuita, así como su solicitud de rembolso a ninguna aseguradora federal o estatal ni a ningún tercero. Límite de un medidor por persona.

Renuncia legal: Esta información no pretende sustituir el consejo médico profesional. Si usted está bajo atención médica y recibe un consejo diferente a la información presentada en este volante, siga el consejo del médico. Consulte a su médico si experimenta algún síntoma de diabetes u otro problema médico.

RESTRICCIONES: Oferta no válida para recetas rembolsadas a través de Medicaid, la cobertura para medicamentos con receta de Medicaid, Tricare u otros programas de salud federales o estatales (por ejemplo, programas de asistencia médica). Oferta no válida para pacientes elegibles para una cobertura para medicamentos con receta de cualquiera de estos programas.

Las marcas de terceros son propiedad de sus respectivos dueños. Blue Cross and Blue Shield of Illinois tiene contrato con Prime Therapeutics LLC, que ofrece el sitio digital MyPrime.com, para administrar las coberturas para medicamentos recetados.

*Blue Cross®, Blue Shield® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.*



# Línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline

## Enfermeros disponibles en cualquier momento que los necesite.

La salud es un estado, bueno o malo, que puede requerir atención las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es por eso que tenemos enfermeros profesionales que esperan, en cualquier momento, el llamado que usted haga a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline*.

Nuestros enfermeros pueden responder a sus preguntas de salud y tratar de ayudarlo a decidir si debe acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención médica inmediata, o bien, programar una cita con su médico. También puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline en cualquier momento que usted o algún familiar asegurado necesite obtener respuestas a preguntas sobre lo siguiente:

- asma;
- mareos o dolores fuertes de cabeza;
- cortes o quemaduras;
- dolor de espalda;
- fiebre alta;
- dolor de garganta;
- diabetes;
- llanto continuo de un bebé;
- y mucho más.

Además, cuando llama, puede obtener acceso a una biblioteca de audio de más de 1,000 temas de salud, desde alergias hasta cirugías, con más de 500 temas disponibles en español.

Por ello, guarde en sus contactos el número de teléfono de la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline, ya que la salud puede requerir atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.




Llame al número de la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline en su tarjeta de asegurado.
Horario de atención:
**En cualquier momento**

*La línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline no está disponible para los asegurados con cobertura HMO. En caso de emergencia, llame al 9-1-1.
Este programa no sustituye la atención médica que pueda recibir de un profesional médico. Hable con su médico si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud.

235771.0421



# Blue365®

## Programa de descuentos en servicios para la vista de EyeMed Vision

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) se complace en ofrecerle un programa de descuentos en servicios para la vista a través de EyeMed Vision Care.

### ¿Qué ofrece?

El programa de descuentos de EyeMed Vision, a través de Blue365, ofrece oportunidades de ahorro en anteojos, lentes de contacto, exámenes de la vista, accesorios y corrección de la vista con láser. Consulte el reverso de esta hoja para obtener un listado completo de los descuentos.

### ¿Quién lo ofrece?

La red de EyeMed la conforman las tiendas más importantes en locales comerciales a nivel nacional y regional, tales como LENSCRAFTERS®, PEARLE VISION® y Target Optical®, así como oftalmólogos y optometristas independientes. Además, usted puede buscar en línea a profesionales que forman parte de la red en **contactsdirect.com**.

### ¿En dónde?

Visite **eyemedexchange.com/blue365**, haga clic en Find a Provider Near You (Encontrar un profesional de la salud cerca de usted) e inicie su búsqueda. Asegúrese de elegir la red Advantage.

Para obtener más información sobre Blue365, inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠) en **espanol.bcbsil.com**. Luego, seleccione **Bienestar** (*Wellness*) en la parte superior de la página.

Blue365®
Because health is a big deal®

### ¿Necesito tener una orden médica?

No necesita contar con una orden médica. Sencillamente visite a cualquier profesional de la salud de EyeMed y muéstrele su tarjeta de asegurado de BCBSIL.

### Aspectos principales del programa

- descuentos en materiales y servicios para la vista;
- la cantidad de veces que un asegurado puede obtener descuentos en sus compras es ilimitada;
- acceso a una red amplia de profesionales de la salud;
- horarios convenientes por las tardes y los fines de semana.

**Aviso:** Este no es un seguro. Cuando se comunique con EyeMed o con cualquier profesional de la salud o proveedor en locales comerciales de la red Eyemed Advantage, asegúrese de mencionar el programa de descuentos.

**Obtenga toda la información sobre las ofertas de Blue365 en blue365deals.com/bcbsil.**

# Descuentos en servicios para la vista de EyeMed Vision

| Servicios para la vista | Costo |
|---|---|
| Examen con dilatación, según sea necesario: | $50 por examen de rutina<br>$10 de descuento en ajuste de lentes de contacto y seguimiento |
| Compra completa de anteojos: armazones (o monturas), lentes de plástico estándar y otras opciones de lentes se tienen que comprar en una misma transacción para recibir el descuento completo | |
| **Armazones (o monturas)*** | |
| Cualquier opción de armazones (o monturas) disponibles en el lugar de consulta del profesional de la salud | 35% de descuento al precio de venta al público |
| **Lentes de plástico estándar*** | |
| Sencillos o monofocales | $50 |
| Bifocales | $70 |
| Trifocales | $105 |
| Lenticulares | $105 |
| Progresivos estándar | $135 |
| Progresivos de alta gama | 30% de descuento al precio de venta al público |
| **Opciones de lentes*** | |
| Recubrimiento UV | $12 |
| Polarizado (sólido y gradiente) | $12 |
| Resistencia estándar a los rayones | $12 |
| Policarbonato estándar | $35 |
| Antirreflejo estándar | $40 |
| Otros agregados y servicios | 30% de descuento al precio de venta al público |
| * Los artículos que se compran por separado tendrán un 20% de descuento al precio de venta al público. | |
| **Materiales para lentes de contacto** (únicamente materiales) | |
| Convencionales | 15% de descuento al precio de venta al público |
| **Corrección de la vista con láser** | |
| Lasik o PRK | 15% de descuento al precio de venta al público o 5% de descuento al precio promocional |
| **Frecuencia** | |
| Exámenes | Ilimitado |
| Armazones (o monturas) | Ilimitado |
| Lentes | Ilimitado |
| Lentes de contacto | Ilimitado |

**Para obtener más información, visite eyemedexchange.com/blue365 o llame a la línea de ayuda automatizada de EyeMed al 866-273-0813.**

Los descuentos están disponibles únicamente a través de proveedores participantes.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) y EyeMed mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes..

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSIL. Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su cobertura médica. Consulte su certificado de beneficios y servicios médicos o comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales, ni los costos de los servicios o productos cuentan en favor de ningún máximo o deducibles de la cobertura.

BCBSIL no recomienda, ni avala, ni garantiza a ninguno de los proveedores, ni los productos y servicios que ofrecen. Se recomienda que consulte a su médico antes de usar estos servicios y productos. Los servicios y los productos están sujetos a disponibilidad según la ubicación. BCBSIL se reserva el derecho de suspender este programa de descuentos en cualquier momento sin previo aviso.

BlueCross BlueShield of Illinois

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) tiene la obligación de proporcionarle un Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*HIPAA*, en inglés), así como un Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad. El Aviso sobre las Prácticas Referentes a la Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos detalla los usos y divulgación de su información de salud protegida que BCBSIL tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley federal. El Aviso Estatal sobre Prácticas Referentes a la Privacidad detalla los usos y divulgación de su información financiera personal de carácter privado que BCBSIL tiene permitido hacer, así como los derechos que usted tiene sobre tal información según la ley federal. Por favor repase estos avisos con detenimiento. Le recomendamos que se conecte al portal *Blue Access for Members*SM (*BAM*) en espanol.bcbsil.com para abrir un perfil y recibir estos avisos en formato electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de cada uno de estos avisos.

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (*HIPAA*): Vigente desde el 23 de septiembre del 2013

| SUS DERECHOS. Usted tiene ciertos derechos sobre su información de salud. Esta sección le explica cuáles son sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. | |
|---|---|
| A obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamos | • Usted puede pedirnos que le mostremos o que le demos una copia de los expedientes médicos y de reclamos que tengamos acerca de usted. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.<br>• Por lo general, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos dentro de 30 días de haber recibido su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa módica por los servicios. |
| A pedirnos que corrijamos expedientes médicos o de reclamos | • Usted puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos o de reclamos si usted piensa que tienen errores o que están incompletos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.<br>• Es posible que rechacemos su solicitud. Le notificaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días siguientes. |
| A solicitar comunicación confidencial | • Usted puede pedirnos que nos comuniquemos de una manera en específico o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.<br>• Consideraremos todas las solicitudes justificadas y aceptaremos su solicitud si nos hace saber que usted corre peligro en caso de que la rechacemos. |
| A pedirnos que limitemos lo que usamos y lo que compartimos | • Usted puede pedirnos que no compartamos o usemos cierta información de salud para tratamientos, pagos o para nuestras actividades operativas. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.<br>• No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que la rechacemos si al aceptarla ponemos en riesgo sus servicios de atención médica. |

| | |
|---|---|
| A obtener una lista de las entidades a las que les hemos compartido información | • Usted puede pedirnos una lista (informe) de hasta por seis años anteriores a la fecha de su solicitud de cuando hayamos compartido su solicitud, con quién la hayamos compartido y los motivos. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para preguntarnos cómo hacer este trámite.<br>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y nuestras actividades operativas y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le proporcionaremos un informe al año sin costo, pero es posible que cobremos una tarifa módica si nos pide otro informe dentro de los 12 meses del mismo año. |
| A obtener una copia de este Aviso | • Usted puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aún y cuando usted haya aceptado recibir los avisos en formato electrónico. Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para pedirnos una copia impresa de este aviso y se la enviaremos lo antes posible. |
| A elegir a alguien que responda por usted | • Si usted le ha adjudicado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien más es su tutor legal, dicha persona puede ejercer los derechos que le corresponden a usted y puede tomar decisiones a nombre de usted.<br>• Nos aseguramos que esta información sea verídica antes de compartir cualquier información suya. |
| A presentar una queja si piensa que se violaron sus derechos | • Comuníquese con nosotros con la información que aparece al final de este aviso para presentar una queja si piensa que nosotros violamos sus derechos de privacidad.<br>• Usted también puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. Para hacerlo, llame al 1-877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o envíeles una carta a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.<br>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. |

SUS ELECCIONES. Usted puede informarnos cuáles son sus elecciones sobre cierta información de salud que compartimos.

Si usted tiene una preferencia definida sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones que se presentan a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que aparece al final de este aviso.

| | |
|---|---|
| En estas situaciones, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que: | • Compartamos información con su familia, amistades cercanas u otras personas involucradas en cubrir sus gastos médicos<br>• Compartamos información en situaciones de desastres o de auxilio<br>• Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos (*fundraisers*) |

*Si por algún motivo usted no puede decirnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si creemos que será de beneficio para usted. Es posible que también compartamos información con el propósito de aminorar un peligro inminente a su salud o a su seguridad.*

| | |
|---|---|
| Nunca compartimos su información personal para estos propósitos, a menos que usted nos lo autorice por escrito | • Mercadotecnia<br>• Venta de su información |

BlueCross BlueShield of Illinois

## USOS Y DIVULGACIONES QUE HACEMOS. Cómo usamos o compartimos su información de salud

Por lo general, usamos y compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

| | |
|---|---|
| Para apoyar administrativamente los tratamientos de salud que usted recibe | • Podemos usar y compartir su información de salud con profesionales que estén brindándole atención médica.<br>*Por ejemplo: Un médico nos enviaría información sobre un diagnóstico y un plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.* |
| Para nuestros procesos administrativos | • Podemos usar y divulgar su información para nuestros procesos administrativos y para comunicarnos con usted cuando sea necesario.<br>*Por ejemplo: Usamos información de salud para desarrollar e implementar servicios con el propósito de servirle mejor.* |

*No podemos usar información genética para determinar si le ofreceremos cobertura, excepto para planes de cober de largo plazo.*

| | |
|---|---|
| Para pagar por los servicios de salud que usted reciba | • Podemos usar y divulgar su información de salud ya que nosotros pagamos por los servicios de salud que usted recibe.<br>*Por ejemplo: Compartimos información acerca de usted con su plan de servicios dentales para coordinar los pagos por los servicios que usted recibe.* |
| Para administrar su plan de cobertura médica | • Es posible que divulguemos su información de salud con el patrocinador de su plan de cobertura médica para fines administrativos.<br>*Por ejemplo: Si la empresa donde usted trabaja nos contrata para ofrecerle un plan de salud a usted, es posible que compartamos con su empresa ciertas estadísticas para explicarle las primas que cobramos.* |

## Otras formas en las que podemos usar o compartir su información de salud

Tenemos permitido o tenemos la obligación de compartir su información de otras formas, generalmente para beneficio de la sociedad, por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Antes de compartir su información para estos propósitos, tenemos que reunir muchas condiciones que estipula la ley. Si desea más información, por favor visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

| | |
|---|---|
| Para ayudar en asuntos de salud y seguridad públicas | • Podemos compartir su información de salud para ciertos asuntos, como:<br>– Prevención de enfermedades<br>– Ayuda en casos donde se estén retirando productos del mercado<br>– Reporte de reacciones adversas a medicamentos<br>– Reporte de supuestos abusos, negligencia o violencia doméstica<br>– Prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o a la seguridad de cualquier persona |
| Para trabajos de investigación | • Podemos usar o compartir su información para trabajos de investigación médica. |
| Para cumplir con lo que estipule la ley | • Compartiremos su información según lo requieran las leyes estatales o federales, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si estos desean determinar si estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. |

| | |
|---|---|
| Para responder a solicitudes de donación de órganos/tejidos y para colaborar con ciertos profesionales de la salud | • Podemos compartir su información con organizaciones de donación de órganos.<br>• Podemos compartir su información con un médico forense o director de una funeraria. |
| Atender casos de compensación al trabajador, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno | • Podemos usar o compartir su información de salud para casos como:<br>– Reclamos sobre compensación al trabajador<br>– Aplicación de la ley o para colaborar con las autoridades<br>– Apoyo para agencias de supervisión de asuntos médicos para actividades autorizadas por ley<br>– Colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial o colaboración con prisiones en relación con los reos |
| Responder a demandas y acciones legales | • Podemos compartir su información de salud para responder a órdenes administrativas o judiciales o para responder a citatorios. |
| Cierta información de salud | • Es posible que las leyes estatales proporcionen protección adicional para algunas enfermedades o información de salud en específico. Por ejemplo, estas leyes pudieran prohibirnos que, sin autorización previa de usted, divulguemos o usemos información en relación con casos de VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol u otras sustancias adictivas e información genética. En estas situaciones seguiremos lo estipulado por las leyes estatales. |

NUESTRAS RESPONSABILIDADES. Nuestras responsabilidades en relación con su información.

- Por ley, tenemos la obligación de salvaguardar la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos lo antes posible si ocurriese un evento, tal como un robo de información, que comprometiera la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos la obligación de seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna forma que no esté descrita aquí, a menos que usted nos lo permita por escrito.

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Puede consultar más información en:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

BlueCross BlueShield of Illinois

## AVISO ESTATAL SOBRE PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD: Vigente desde el 23 de septiembre del 2013

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) recopila información personal de carácter privado de su solicitud de un plan de cobertura médica, reclamos médicos, información de pagos y agencias de informes sobre el consumidor. Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- No divulgará dicha información, aun y cuando la relación comercial entre usted y nosotros termine, a ninguna entidad no afiliada, excepto que sea con consentimiento suyo o según lo permita la ley.
- Restringirá el acceso a dicha información y únicamente tendrán acceso los empleados que realicen funciones que sean necesarias para administrar nuestra empresa y que proporcionen servicios a nuestros clientes.
- Aplicará las prácticas referentes a la seguridad y privacidad, que incluye protección física, técnica y administrativa para evitar acceso no autorizado a dicha información.
- Usará únicamente dicha información para administrar su plan de cobertura médica, procesar sus reclamos, asegurarse de que las facturas sean correctas, proporcionarle servicio al cliente y cumplir con la ley.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois tiene permitido compartir dicha información con algunas entidades que realizan funciones o servicios en nuestro nombre o cuando la ley lo requiera. Estas son algunas de las entidades con las que podemos compartir su información:

- Afiliados a la compañía
- Socios comerciales que proporcionen servicios en nuestro nombre (administración y coordinación de reclamos, mercadotecnia, apoyo clínico)
- Agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, operadores de seguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss carriers*)
- Agencias reguladoras, otras entidades gubernamentales y las autoridades
- El Plan grupal de cobertura médica de su empleador

Usted tiene el derecho de preguntarnos acerca de su información financiera de carácter privado que tengamos y a solicitarnos acceder a ella.

## MODIFICACIONES A ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos y las modificaciones que hagamos serán válidas para toda la información que tengamos de usted. Los avisos nuevos estarán disponibles de ser solicitados o por medio de nuestro sitio web. Conforme a la ley, también le enviaremos una copia de los avisos nuevos por medio de correo postal.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general acerca de sus derechos de privacidad o si desea una copia de estos avisos, por favor visite: espanol.bcbsil.com/important-info/hipaa

Si usted tiene alguna pregunta en específico acerca de sus derechos o acerca de estos avisos, por favor comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

- Llámenos sin costo al número que aparece en su tarjeta de asegurado.
- Llámenos al 1-877-361-7594.
- Escríbanos a Privacy Office Divisional Vice President
  Blue Cross and Blue Shield of Illinois
  P.O. Box 804836
  Chicago, IL 60680-4110

Reviso: enero del 2020

**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

| | | |
|---|---|---|
| Office of Civil Rights Coordinator | Teléfono: | 855-664-7270 (correo de voz) |
| 300 E. Randolph St. | TTY/TDD: | 855-661-6965 |
| 35th Floor | Fax: | 855-661-6960 |
| Chicago, Illinois 60601 | Correo electrónico: | CivilRightsCoordinator@hcsc.net |

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

| | | |
|---|---|---|
| U.S. Dept. of Health & Human Services | Teléfono: | 800-368-1019 |
| 200 Independence Avenue SW | TTY/TDD: | 800-537-7697 |
| Room 509F, HHH Building 1019 | Portal de quejas: | https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf |
| Washington, DC 20201 | Formulario de quejas: | http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

| | |
|---|---|
| Español<br>Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. |
| العربية<br>Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文<br>Chinese | 如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。 |
| Français<br>French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984. |
| Deutsch<br>German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा मे निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें ।. |
| Italiano<br>Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 한국어<br>Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오. |
| Diné<br>Navajo | T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee nił h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'į' hodíílnih kwe'é 855-710-6984. |
| فارسی<br>Persian | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید. |
| Polski<br>Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| Русский<br>Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog<br>Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو<br>Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984. |

**espanol.bcbsil.com**

BlueCross BlueShield of Illinois

# Coberturas como prestación laboral Solicitud de cobertura | Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura/cambios.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. *BLUE CROSS,® BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.*

229483.0919

228157.0919 POD

# INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS.

**Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.**

| | |
|---|---|
| **SECCIÓN 1**<br>**MOTIVOS DE SOLICITUD** | Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si está solicitando un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales conforme a su caso.<br>**Nuevo asegurado:** Complete todas las secciones, si corresponde.<br>**Agregar derechohabiente:** Complete todas las secciones, si corresponde.<br>• Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección.<br>• Si su empresa ofrece cobertura para sus hijos y ellos son elegibles, serán elegibles para la cobertura médica o dental hasta alcanzar el límite de edad para los derechohabientes, y dicha cobertura no podrá rechazarse por el estado civil, por la condición de estudiante ni por la situación laboral antes de los 26 años de edad (consulte a la empresa para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad). Además, en el caso del personal militar elegible, la cobertura no puede rechazarse antes de los 30 años de edad conforme a las leyes de Illinois. Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario del Departamento de Defensa *(DD 214).*<br>**Período de inscripciones:** El período que se ofrece regularmente, durante el cual puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.<br>**Período especial de inscripción:** Si usted es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción, colocación en adopción o proceso de adopción, renuncia o despido, mudanza fuera del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripciones.<br>**Fecha de entrada en vigor de los beneficios:** Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha solicitada.<br>**Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad:** Marque esta casilla si la empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.<br>**Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura:** Complete las secciones 1, 2, 4 (omita la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura. |
| **SECCIÓN 2**<br>**SU INFORMACIÓN** | Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura. |
| **SECCIÓN 3**<br>**SU COBERTURA** | Complete todos los campos con las opciones de cobertura que desea solicitar. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura que desea solicitar (por ejemplo, S533PPO) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.<br>Si solicita seguro de Vida y Discapacidad, ingrese la información solicitada. Cuando incluya a los beneficiarios, proporcione sus nombres y apellidos, y la relación que tienen con usted. Incluya a todos los beneficiarios que correspondan. |
| **SECCIÓN 4**<br>**OPCIONES DE COBERTURA** | Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.<br>**Solo para coberturas HMO:**<br>• Aquellos que soliciten la cobertura HMO deben seleccionar un médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) para cada asegurado. Incluya el nombre del médico o profesional médico y el número de prestador de servicios médicos del directorio de prestadores de servicios médicos o de Provider Finder,® en **espanol.bcbsil.com**. Marque la casilla adecuada si es paciente nuevo.<br>• Si seleccionó la cobertura HMO, debe seleccionar un grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) y un médico de cabecera (PCP) para cada persona que recibirá cobertura. También tiene que seleccionar un médico de cabecera dentro del grupo médico/IPA seleccionado para cada persona que recibirá cobertura. Puede elegir un grupo médico/IPA diferente para cada persona. Es posible que la atención de un prestador principal de servicios médicos para la mujer (WPHCP, en inglés) sea elegible para la cobertura sin un referido del médico de cabecera (PCP). Sin embargo, para que cada persona sea elegible para recibir cobertura, el PCP y el WPHCP deben estar afiliados o ser empleados del grupo médico o IPA que seleccionó. Hasta que no recibamos la información del grupo médico/IPA que seleccionó, es posible que usted no sea elegible y rechacemos sus reclamaciones. Asegúrese de ingresar el nombre y el número del grupo médico/IPA, y el nombre y número del médico de cabecera (PCP).<br>• Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario 214 del Departamento de Defensa *(DD 214).*<br>**Cambiar de médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos:** En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del asegurado o derechohabiente, y el nombre y el número del nuevo PCP y de la nueva IPA.<br>**Cambiar dirección o nombre:** En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9. |
| **SECCIÓN 5**<br>**DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS** | Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge*** o pareja en unión libre para incluirlos en la cobertura si este tipo de beneficio forma parte de la prestación laboral. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura disponible como prestación laboral. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura, deberá completar y presentar la Certificación de discapacidad del derechohabiente *(Disabled Dependent Authorization)* y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico *(Disabled Dependent Physician Certification).* |
| **SECCIÓN 6**<br>**OTRA COBERTURA** | Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental como prestación laboral o para particulares (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. |
| **SECCIÓN 7**<br>**COBERTURA MEDICARE** | Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare. |
| **SECCIÓN 8**<br>**RENUNCIA A LA COBERTURA** | Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. **Toda persona** que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura.<br>**AVISO IMPORTANTE:** Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un derechohabiente nuevo como consecuencia de matrimonio, formalizar una unión libre, nacimiento, adopción, demanda de adopción en la cual usted es una de las partes, colocación en adopción o acogimiento en su hogar de un niño en guarda, es posible que pueda solicitar la cobertura para usted y sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos. |
| **SECCIÓN 9**<br>**CONDICIONES DE COBERTURA** | Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura al departamento de su empresa designado como **Enrollment Department**, el cual enviará posteriormente su formulario a BCBSIL. |
| | Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.<br>** El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).*<br>*** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).*<br>**** El término "cónyuge" hace referencia al cónyuge legal o a una de las partes de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).* |

**Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura**

**Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado.**

# ENROLLMENT APPLICATION/CHANGE FORM

BlueCross BlueShield of Illinois

N.º de grupo | N.º de sección | N.º de Seguro Social

N.º de cuenta | Categoría

## SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

☐ **Nuevo asegurado** ☐ **Agregar derechohabiente** ☐ **Período de inscripciones** ☐ **Otros cambios**

**¿Está solicitando cobertura debido a un suceso que resulte en un período especial de inscripción?**

☐ **No** ☐ **Sí. Fecha del suceso:** ____ / ____ / ____

**Suceso:** ☐ Nuevo empleado ☐ Matrimonio* ☐ Nacimiento
☐ Adopción, colocación en adopción o proceso de adopción (proporcione los documentos legales)
☐ Sentencia judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)
☐ Pérdida de otra cobertura
☐ Otro (explique): _____

**Fecha de entrada en vigor de los beneficios:** ____ / ____ / ____ ☐ **Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad**

☐ **Eliminar asegurado** ☐ **Eliminar derechohabiente**

**Cancelar la cobertura:** ☐ Médica ☐ Dental
☐ Seguro de vida temporal
☐ Seguro de vida para derechohabientes
☐ Seguro por discapacidad a corto plazo
☐ Seguro por discapacidad a largo plazo
Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4

**Event:** ☐ Divorcio** ☐ Muerte
☐ Finalización del empleo ☐ Otro

**Indique la fecha del suceso:** ____ / ____ / ____

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre (opcional) | Sufijo | Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) | N.º de Seguro Social – – |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Correo electrónico | | ☐ Hombre ☐ Mujer | N.º de teléfono particular/celular | | |
| Nombre de la empresa | Cargo | N.º de teléfono en el trabajo | Fecha de contratación (MM/DD/YYYY) | ¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio) | |

Condición de elegibilidad: | Empleado en activo | Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____
| Cobertura conforme a la Ley COBRA Fecha de inicio _____ Fecha de finalización prevista _____
☐ Continuación de la cobertura de Illinois (solo para seguros de gastos médicos financiados) Fecha de inicio _____ Fecha de finalización prevista _____

## SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

**Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas (de entre 1 y 50 empleados)**

**Cobertura conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio**

☐ PPO ☐ Otro _____
☐ Blue Choice Preferred PPO℠
☐ Blue Options℠
☐ Blue Precision HMO℠
☐ BlueCare Direct℠
N.º de cobertura (campo obligatorio) _____

**Coberturas con derechos adquiridos (grandfathered) o de transición (grandmothered)**

☐ Blue Advantage Entrepreneur PPO℠ ☐ Blue Advantage HMO℠
☐ Blue Choice Select PPO℠ ☐ Blue Advantage HMO Value Choice℠
☐ BlueEdge Select HSA℠ ☐ Community Participation Organization (CPO)
☐ BlueEdge HSA℠ ☐ CPO Value Choice
☐ BlueEdge HCA Direct℠ ☐ Otro _____
☐ PPO Value Choice N.º de cobertura (campo obligatorio) _____

**Cobertura estándar para el mercado medio y para grandes empresas (51 empleados o más)**

**Coberturas para el mercado medio y para grandes empresas de al menos 51 empleados**

☐ PPO ☐ Blue Choice Options℠ ☐ BlueEdge Select HSA℠
☐ Blue Advantage HMO℠ ☐ Blue Choice Select PPO℠ ☐ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____
☐ Blue Advantage HMO Value Choice℠ ☐ BlueEdge HSA℠ ☐ Otro _____

**Cobertura BCBSIL o HMO anterior:**

N.º de grupo: _____
N.º de sección: _____
N.º de asegurado: _____

**Cobertura personalizada para grandes empresas (151 empleados o más)**

☐ Traditional
☐ PPO
☐ CPO
☐ CPO Value Choice
☐ HMO Illinois®
☐ HMO Illinois® con HCA
☐ Blue Advantage HMO℠
☐ Blue Advantage HMO℠ con HCA
☐ Blue Choice Options℠
☐ Blue Choice Select PPO℠
☐ BlueEdge HCA℠
☐ BlueEdge HSA℠
☐ BlueEdge HCA Direct℠
☐ BlueEdge Select HCA℠
☐ BlueEdge Select HSA℠
☐ BlueEdge Select HCA Direct℠
☐ Servicios para la vista
☐ Servicios para la audición
☐ Seguro Suplementario de Medicare
☐ Otro _____

**Coberturas dentales**

☐ BlueCare Dental PPO℠
☐ BlueCare Dental HMO℠
☐ N.º del grupo de dentistas (si es diferente del n.º de póliza del grupo médico) _____
☐ Empleado y pareja en unión civil o unión libre
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Individual/empleado
☐ Empleado/hijos
☐ Empleado/cónyuge
☐ Familia

Lengua materna: _____

### Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D, en inglés), y Seguro por discapacidad

☐ No solicito alguna de estas coberturas como prestación laboral: Seguro de vida temporal, Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) o Seguro por discapacidad
Puesto/Cargo del empleado: _____ Tarifa salarial $_____ por ☐ hora ☐ semana ☐ mes ☐ año
Cobertura como prestación laboral: Seguro básico de vida temporal y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) ☐ No solicito cobertura. ☐ Solicito cobertura. Monto $_____

| | | |
|---|---|---|
| Cobertura como prestación laboral: Seguro de vida para derechohabientes | ☐ No solicito cobertura. | ☐ Solicito cobertura. |
| Cobertura como prestación laboral: Seguro de vida complementario | ☐ No solicito cobertura. | ☐ Solicito cobertura. |
| Monto para el empleado: $ _____ | Monto para el cónyuge: $ _____ | Monto para el hijo: $ _____ |
| Seguro por discapacidad a corto plazo | ☐ No solicito cobertura. | ☐ Solicito cobertura. |
| Seguro por discapacidad a largo plazo | ☐ No solicito cobertura. | ☐ Solicito cobertura. |

| | Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Relación | Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) | N.º de Seguro Social |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Beneficiario principal | | | | | | – – |
| Beneficiario secundario | | | | | | – – |

Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.
** El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).*
*** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).*
**** El término "cónyuge" hace referencia al cónyuge legal o a una de las partes de una pareja en unión civil o unión libre (sujeto a la cobertura como prestación laboral).*

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. BLUE CROSS® BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Apellido: | N.º de Seguro Social: — — | N.º de grupo ☐☐☐☐☐☐

## SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN
(Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario 214 del Departamento de Defensa [DD 214]).

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del empleado o interesado | | Nombre del médico de cabecera (PCP)<br>N.º del PCP | Nombre de la IPA<br>N.º de la IPA |
| Nombre del WPHCP<br>N.º de WPHCP | ¿Es paciente nuevo?<br>☐ Sí ☐ No | Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional) | N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del derechohabiente<br>☐ Esposo ☐ Esposa<br>☐ Pareja en unión libre ☐ Pareja en unión | Nombre del PCP del derechohabiente | N.º de PCP | ¿Es paciente nuevo?<br>☐ Sí ☐ No |
| Nombre de la IPA<br>N.º de la IPA | Nombre del WPHCP<br>N.º de WPHCP | Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)<br>N.º de ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO | |
| N.º de Seguro Social del derechohabiente<br>– – | Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | Dirección (si es diferente) Calle/ciudad/estado/código postal | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre del derechohabiente<br>☐ Hijo ☐ Hija ☐ Otro derechohabiente elegible | | Nombre del PCP del derechohabiente | N.º de PCP | ¿Es paciente nuevo?<br>☐ Sí ☐ No |
| Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? ☐ Sí ☐ No | Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? ☐ Sí ☐ No | |
| N.º de Seguro Social del derechohabiente<br>– – | Nombre de la IPA<br>N.º de la IPA | Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)<br>HMO OB/GYN # | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre del derechohabiente<br>☐ Hijo ☐ Hija ☐ Otro derechohabiente elegible | | Nombre del PCP del derechohabiente | N.º de PCP | ¿Es paciente nuevo?<br>☐ Sí ☐ No |
| Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? ☐ Sí ☐ No | Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? ☐ Sí ☐ No | |
| N.º de Seguro Social del derechohabiente<br>– – | Nombre de la IPA<br>N.º de la IPA | Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)<br>HMO OB/GYN # | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre del derechohabiente<br>☐ Hijo ☐ Hija ☐ Otro derechohabiente elegible | | Nombre del PCP del derechohabiente | N.º de PCP | ¿Es paciente nuevo?<br>☐ Sí ☐ No |
| Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción? ☐ Sí ☐ No | Si no es un hijo biológico, hijastro, menor en guarda, hijo adoptivo o menor en proceso de adopción que cumpla con los requisitos, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? ☐ Sí ☐ No | |
| N.º de Seguro Social del derechohabiente<br>– – | Nombre de la IPA<br>N.º de la IPA | Nombre del ginecólogo-obstetra de la cobertura HMO (opcional)<br>HMO OB/GYN # | | |

## SECCIÓN 5 : DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

| | |
|---|---|
| Nombre del derechohabiente discapacitado | Tipo de discapacidad |
| Nombre del derechohabiente discapacitado | Tipo de discapacidad |

Si la edad de un hijo discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, complete y adjunte la Certificación de hijo derechohabiente con discapacidad y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico.

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cobertura como prestación laboral<br>☐ Sí ☐ No | Cobertura para particulares<br>☐ Sí ☐ No | Nombre y dirección de la otra compañía de seguros | Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | Tipo de póliza<br>☐ Solo el empleado ☐ Empleado y cónyuge<br>☐ Empleado e hijo(s) ☐ Familia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del titular de la póliza | Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | ☐ Hombre<br>☐ Mujer | Relación con el solicitante<br>☐ Solicitante ☐ Cónyuge ☐ Derechohabiente |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa: | Fecha de nacimiento<br>(MM/DD/AAAA) | N.º de grupo médico | N.º de cobertura médica | N.º de grupo de dentistas | N.º de cobertura dental |

## SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

| | | |
|---|---|---|
| Beneficiario: | Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____ | N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare) |

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: ☐ Edad autorizada ☐ Discapacidad autorizada ☐ Enfermedad renal en etapa terminal ☐ Discapacidad y enfermedad renal

| | | |
|---|---|---|
| Beneficiario: | Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____ | N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare) |

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: ☐ Edad autorizada ☐ Discapacidad autorizada ☐ Enfermedad renal en etapa terminal ☐ Discapacidad y enfermedad renal

BlueCross BlueShield of Illinois

## SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA — COMPLETE SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

| | |
|---|---|
| Nombre ☐ Empleado | Razón de la renuncia a la **cobertura médica**: ☐ Otra cobertura médica como prestación laboral; compañía de seguros: _____<br>☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otra cobertura médica para particulares; compañía de seguros: _____ ☐ Otra (explique _____<br>☐ No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura. |
| Nombre ☐ Empleado | Razón de la renuncia a la **cobertura dental**: ☐ Otra cobertura dental como prestación laboral ☐ Medicaid ☐ Cobertura dental para particulares<br>☐ Otra (explique): _____ ☐ No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura. |
| Nombre ☐ Cónyuge | Razón de la renuncia: ☐ Otra cobertura médica como prestación laboral ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otra cobertura médica para particulares<br>☐ Otra (explique): _____ ☐ No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura. |
| Nombre ☐ Derechohabiente | Razón de la renuncia: ☐ Otra cobertura médica como prestación laboral ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otra cobertura médica para particulares<br>☐ Otra (explique): _____ ☐ No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura. |
| Nombre ☐ Derechohabiente | Razón de la renuncia: ☐ Otra cobertura médica como prestación laboral ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otra cobertura médica para particulares<br>☐ Otra (explique): _____ ☐ No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura. |

## SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Reúno los requisitos para participar en la cobertura disponible como prestación laboral, la cual está asegurada o es administrada por Blue Cross and Blue Shield of Illinois o Dearborn Life Insurance Company. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa sobre algún hecho importante que realice de manera intencional invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, los beneficios entrarán en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en las coberturas queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O BENEFICIOS, O QUE A SABIENDAS PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, es la entidad que suscribe el seguro de Vida y Discapacidad. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield. *BLUE CROSS,® BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.*

**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Les proporcionamos servicios y asistencia para la comunicación de manera gratuita a todas las personas que tienen una discapacidad o que necesitan asistencia lingüística.
No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, comuníquese con nosotros al 855-710-6984.

Si considera que no hemos proporcionado algún servicio o que hemos discriminado de alguna otra manera, comuníquese con nosotros para expresar su inconformidad.

| | | |
|---|---|---|
| Office of Civil Rights Coordinator | Teléfono: | 855-664-7270 (correo de voz) |
| 300 E. Randolph St. | TTY/TDD: | 855-661-6965 |
| 35th Floor | Fax: | 855-661-6960 |
| Chicago, Illinois 60601 | Correo electrónico: | CivilRightsCoordinator@hcsc.net |

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

| | | |
|---|---|---|
| U.S. Dept. of Health & Human Services | Teléfono: | 800-368-1019 |
| 200 Independence Avenue SW | TTY/TDD: | 800-537-7697 |
| Room 509F, HHH Building 1019 | Portal de quejas: | https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf |
| Washington, DC 20201 | Formularios de queja: | http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |

BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

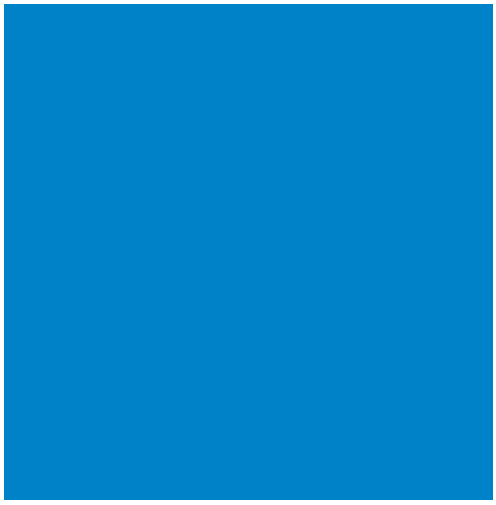
| | |
|---|---|
| العربية<br>Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文<br>Chinese | 如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。 |
| Français<br>French | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984. |
| Deutsch<br>German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an. |
| Ελληνικά<br>Greek | Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε 855-710-6984. |
| ગુજરાતી<br>Gujarati | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદેસર બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કૉલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi | यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें ।. |
| Italiano<br>Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984. |
| 한국어<br>Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오. |
| Diné<br>Navajo | T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'igíí, na'idíłkidgo, ts'idá bee ná ahóóti'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bína'idíłkidígíí bee nił h odoonih. Ata'dahalne'igíí bich'į' hodíílnih kwe'é 855-710-6984. |
| Polski<br>Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiekolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984. |
| Русский<br>Russian | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984. |
| Español<br>Spanish | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. |
| Tagalog<br>Tagalog | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984. |
| اردو<br>Urdu | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کررہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984. |

















**bcbsil.com**