El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un seguro de gastos médicos. 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/2021 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, proveedor 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 Familiar: Participante $7,000; No participante $14,000	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los proveedores 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 alcanza 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. Puede ver una lista de los servicios de prevención incluidos 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 límite de gasto de bolsillo para este plan?	Individual: Participante $5,800; No participante $17,400 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 gasto de bolsillo?	Primas, 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 usa 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 usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si usa 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 usar un proveedor que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor 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 **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que el **deducible** se aplique.

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 son 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 más información.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/ tomografías por emisión de positrones [PET scan], resonancias magnéticas [MRI])	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección, hay más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** disponible en **www.bcbsil.com/member/prescription-drug-plan-information/drug-lists**	Medicamentos genéricos preferidos	Preferido: 10% de coseguro No preferido: coseguro del 20%	Locales comerciales: Coseguro del 20%	Se limitan a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en una red de farmacias seleccionadas). 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. 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.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Preferido: 10% de coseguro No preferido: Coseguro del 20%	Locales comerciales: Coseguro del 20%	
	Medicamentos de marca preferidos	Preferido: 20% de coseguro No preferido: Coseguro del 30%	Locales comerciales: Coseguro del 30%	
	Medicamentos de marca no preferidos	Preferido: 30% de coseguro No preferido: Coseguro del 40%	Locales comerciales: Coseguro del 40%	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2021

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)	
	Medicamentos especializados preferidos	Coseguro del 40%	Coseguro del 40%	El monto que usted puede pagar por el suministro de 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o el tipo, no debe superar los $100 cuando se obtenga de una farmacia participante o un participante preferidos.
	Medicamentos especializados no preferidos	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugías 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 información.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si requiere atención médica inmediata	Atención en 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 más información.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención en servicios 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 más información.
	Servicios para pacientes internados	Coseguro del 20%	$300 por consulta más un coseguro del 40%	Se requiere autorización previa.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2021

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Los gastos compartidos no se aplican a ciertos servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, 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%	
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	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2021

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 los documentos de su plan).

- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica (limitada 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 x 61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que también existan otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la adquisición de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. 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, los documentos de su plan proporcionan 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 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 (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 mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? **Sí**
Si su plan no cumple con el estándar 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 costos en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

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, de los precios que cobra su proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. 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)*
Consulta con un 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 una 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 *(incluye 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 en la sala de emergencias *(incluye 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.