



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.bcbsks.com/blueaccess o llamando al 1-800-432-3990.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|---|
| ¿Qué es el deducible general? | \$1,500 por persona/ \$3,000 por familia. No aplica a la atención preventiva dentro de la red. | Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise su póliza o documento del plan para ver cuándo empieza de nuevo el deducible (usualmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de cubrir el deducible . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No, no hay otros deducibles específicos. | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto específico de deducible antes de que inicie este plan para pagar por estos servicios. |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ? | Sí. \$6,350 por persona/ \$12,700 por familia. La multa de 20% por no ser PPO aplica anualmente a \$2,000 por persona/ \$4,000 por familia. | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que puede pagar durante un período de cobertura (usualmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica. |
| ¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos del bolsillo ? | Primas, cargos facturados por el saldo, medicamentos con receta y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted paga por estos gastos, estos no cuentan hacia el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | No | La tabla que empieza en la página 2 describe todos los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio. |
| ¿Tiene este plan una red de proveedores ? | Sí. Consulte www.bcbsks.com o llame al 1-800-432-3990 para obtener una lista de los proveedores participantes. | Si utiliza un médico dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido , o participante para los proveedores dentro de su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cómo el plan paga diferentes tipos de proveedores . |
| ¿Necesito un referido para ver un especialista ? | No. Usted no necesita una remisión para consultar a un especialista . | Usted puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan. |
| ¿Hay algún servicio que este plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre están enumerados en la página 6. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos . |



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole montos de **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|---|--|--|----------------------------|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | \$35 de copago/visita | \$35 de copago/visita | -----ninguno----- |
| | Consulta con un especialista | \$35 de copago/visita | \$35 de copago/visita | -----ninguno----- |
| | Consulta con otro proveedor de la salud | \$35 de copago/visita | \$35 de copago/visita | -----ninguno----- |
| | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas | \$0. La atención preventiva es sin costo compartido. | Deducible, luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| Si tiene que hacerse un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | \$0 a \$300 por persona, deducible luego 50% de coseguro | \$0 a \$300 por persona, deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | \$0 a \$300 por persona, deducible luego 50% de coseguro | \$0 a \$300 por persona, deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición | Medicamentos genéricos | \$15 de copago | \$15 de copago | -----ninguno----- |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$50 de copago | \$50 de copago | -----ninguno----- |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$75 de copago | \$75 de copago | -----ninguno----- |

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|---|----------------------------|
| Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> se encuentra disponible en www.bcbsks.com | Medicamentos especiales | El copago según sea aplicable en las tres categorías anteriores | El copago según sea aplicable en las tres categorías anteriores | -----ninguno----- |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (es decir, centro de cirugía ambulatoria) | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Tarifa del médico/cirujano | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|---|---|--|--|-----------------------------------|
| Si necesita atención médica inmediata | Servicios de la sala de emergencias | \$100 de copago, luego deducible y 50% de coseguro | \$100 de copago, luego deducible y 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Traslado médico de emergencia | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Cuidado urgente | \$35 de copago/visita | \$35 de copago/visita | Igual que la visita a la clínica. |
| Si lo admiten al hospital | Arancel del hospital (es decir, habitación) | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Tarifa del médico/cirujano | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental/comportamiento/uso de sustancias para pacientes ambulatorios | \$35 de copago/visita, otros deducibles para pacientes ambulatorios, luego 50% de coseguro | \$35 de copago/visita, otros deducibles para pacientes ambulatorios, luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Servicios de salud mental/comportamiento/uso de sustancias para pacientes internados | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| Si está embarazada | Cuidados prenatales y post parto, parto y todos los servicios de internación | Deducible luego 50% de coseguro | Deducible luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|---|
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales | Cuidado de la salud en el hogar, servicios de rehabilitación, servicios de recuperación de las habilidades, equipo médico duradero | Deducible, luego 50% de coseguro | Deducible, luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| | Cuidado de enfermería especializado | No está cubierto | No está cubierto | -----ninguno----- |
| | Cuidado de hospicio | Deducible, luego 50% de coseguro | Deducible, luego 50% de coseguro | -----ninguno----- |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista | \$35 de copago/visita | \$35 de copago/visita | Igual que la visita a la clínica, a menos que sean exámenes de la vista para niños menores de 5 años que estén cubiertos al 100% como mantenimiento preventivo. |
| | Anteojos | No está cubierto. | No está cubierto. | -----ninguno----- |
| | Consulta dental | No está cubierto. | No está cubierto. | -----ninguno----- |

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención dental
- Cirugía cosmética
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Manipulaciones espinales
- Atención de la vista de rutina
- Tratamiento de infertilidad
- Enfermería especializada
- Atención de los pies de rutina
- La mayoría de cobertura se proporciona fuera de los Estados Unidos. Consulte el vínculo para obtener detalles.
www.bcbs.com/already-a-member/coverage-home-and-away.html

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde su cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes Federales y Estatales pueden proporcionar protecciones que le permiten conservar su cobertura médica. Cualquiera de esos derechos puede estar limitado en duración y requerirá que pague una **prima**, la cual puede ser significativamente mayor que la prima que paga mientras tiene cobertura bajo el plan. Otras limitaciones a sus derechos para continuar con la cobertura también pueden aplicar.

Para obtener más información sobre su derecho para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-432-3990. También puede comunicarse con su departamento de seguro estatal, Departamento de Seguros de Kansas, 420 SW 9th Street, Topeka, Kansas 66612-1678, Teléfono: 800-432-2484 o visite www.kinsurance.org, el Departamento de trabajo de EE. UU., Administración de seguridad de beneficios para el empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con Servicio al cliente al 1-800-432-3990 o puede visitar www.bcbsks.com/blueaccess, o al Departamento de Seguros de Kansas, 420 SW 9th Street, Topeka, Kansas 66612-1678, Teléfono: 800-432-2484 o visite www.kinsurance.org.

¿Proporciona esta cobertura una cobertura esencial mínima?

La Ley de cuidado de salud a bajo precio necesita que la mayoría de personas tengan una cobertura de atención médica que califique como "cobertura esencial mínima". **Este plan o política proporciona la cobertura esencial mínima**

¿Cumple esta cobertura con el estándar de valor mínimo?

Con el fin para determinados tipos de cobertura médica (por ejemplo, el seguro de compra individual o cobertura basada en el trabajo) para calificar como cobertura esencial mínima, el plan debe pagarse, en promedio, por lo menos 60 por ciento de los cargos permitidos para los servicios cubiertos. Esto se denomina el "estándar de valor mínimo". **Esta cobertura médica cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso del idioma:

Chino: 此“保险金与覆盖范围概要”有中文版本，请致电-

1-800-432-3990

Español: este Resumen de Beneficios y Cobertura está disponible en español, por favor llame al

1-800-432-3990

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.—————

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$3,340
- Usted paga: \$4,200

Ejemplos de los costos:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| El costo del hospital (madre) | \$2,700 |
| Atención de rutina del obstetra | \$2,100 |
| El costo del hospital (bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Análisis de laboratorio | \$500 |
| Medicamentos | \$200 |
| Radiografías | \$200 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$40 |
| Total | \$7,540 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$2,500 |
| Límites o exclusiones | \$200 |
| Total | \$4,200 |

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la condición bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,990
- Usted paga: \$1,410

Ejemplo de los costos:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos | \$2,900 |
| Equipo médico e insumos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio y procedimientos médicos | \$700 |
| Educación sobre el cuidado | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$70 |
| Copagos | \$1,300 |
| Coseguro | \$0 |
| Límites o exclusiones | \$40 |
| Total | \$1,410 |

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗No. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗No. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.