



**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 incluidos de atención médica. 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.bcbsok.com/member/policy-forms/2025](http://www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025) o llame al 1-800-942-5837. 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 <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	En la red: \$3,500 Individual/\$7,000 Familiar Fuera de la red: \$7,000 Individual/\$14,000 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención médica preventiva que forma parte de la red tiene cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>de bolsillo</u> <u>gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Red de Blue Preferred: \$5,250 Individual/\$10,500 Familiar Red de Blue Choice: \$5,950 Individual/\$11,900 Familiar Fuera de la red: Individual: \$15,750/Familiar: \$31,500	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas de la póliza, multas por no presentar la autorización previa, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbsok.com/blueoptions">www.bcbsok.com/blueoptions</a> o llame al 1-800-942-5837 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Paga menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> de Blue Preferred. Paga más si acude a un <u>profesional de la salud</u> de Blue Choice. Pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <u>factura con saldo adicional</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que ha 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
		Profesional de la salud de Blue Preferred (Usted pagará menos)	Profesional de la salud de Blue Choice (Usted pagará más)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Las consultas de telemedicina están disponibles. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Consulta con un <u>Especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
<b>Si tiene que hacerse una prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en [www.bcbso.com/member/policy-forms/2025](http://www.bcbso.com/member/policy-forms/2025).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Preferred (Usted pagará menos)	Profesional de la salud de Blue Choice (Usted pagará más)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>  Más información acerca de la <b>cobertura para medicamentos con receta</b> está disponible en <a href="http://www.bcbsok.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists">www.bcbsok.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists</a>	Medicamentos genéricos preferidos	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 10% Participantes: <u>Coseguro</u> del 20%	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 10% Participantes: <u>Coseguro</u> del 20%	Locales comerciales: <u>Coseguro</u> del 20% más un 50% de cargo adicional	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 <u>medicamentos especializados</u> se limitan a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. 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. Su gasto para la insulina induida no superará los \$30 por suministro de 30 días o \$90 por suministro de 90 días.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 10% Participantes: <u>Coseguro</u> del 20%	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 10% Participantes: - <u>Coseguro</u> del 20%	Locales comerciales: <u>Coseguro</u> del 20% más 50% de cargo adicional	
	Medicamentos de marca preferidos	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 20% Participantes: <u>Coseguro</u> del 30%	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 20% Participantes: <u>Coseguro</u> del 30%	Locales comerciales: <u>Coseguro</u> del 30% más 50% de cargo adicional	
	Medicamentos de marca no preferidos	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 30% Participantes: <u>Coseguro</u> del 40%	Locales comerciales: Preferidos: <u>Coseguro</u> del 30% Participantes: <u>Coseguro</u> del 40%	Locales comerciales: <u>Coseguro</u> del 40% más un 50% de cargo adicional	
	<u>Medicamentos especializados</u> preferidos	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>Coseguro</u> del 40% más un 50% de cargo adicional	
	<u>Medicamentos especializados</u> no preferidos	<u>Coseguro</u> del 50%	<u>Coseguro</u> del 50%	<u>Coseguro</u> del 50% más un 50% de cargo adicional	
<b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en [www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025](http://www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Preferred (Usted pagará menos)	Profesional de la salud de Blue Choice (Usted pagará más)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	La distribución de costos fuera de la red está sujeta al deducible de la red.	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	Ninguna
	Atención médica inmediata	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa. Multa de \$500 por servicios sin autorización previa. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Coseguro del 10%	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 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa. Multa de \$500 por servicios sin autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 10%	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 10%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en [www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025](http://www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Preferred (Usted pagará menos)	Profesional de la salud de Blue Choice (Usted pagará más)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	30 consultas por período de beneficios. Multa de \$500 por servicios sin autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Pacientes no hospitalizados: Límite independiente de 25 consultas por período de beneficios para los servicios de rehabilitación y <u>habilitación</u> , que incluyen fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y manipulación muscular. Pacientes internados: Máximo independiente de 30 días para los servicios de rehabilitación y <u>habilitación</u> por período de beneficios. Multa de \$500 por servicios sin autorización previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	30 días máximo para pacientes internados por período de beneficios. Multa de \$500 por servicios sin autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Alquiler o compras que se consideren <u>necesidad médica</u> a criterio del <u>plan</u> .
	<u>Cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Multa de \$500 por servicios sin autorización previa.
<b>Si su hijo necesita atención dental o</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](http://www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025) o el documento de la póliza en [www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025](http://www.bcbsok.com/member/policy-forms/2025).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Preferred (Usted pagará menos)	Profesional de la salud de Blue Choice (Usted pagará más)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
cuidado de los ojos	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

## 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).

- Aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro)
- Acupuntura
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención médica a largo plazo
- Cirugía bariátrica (para el tratamiento de la obesidad/pérdida de peso)
- Cirugía cosmética (a excepción de la reparación de lesiones accidentales y en ciertos casos para la mejora de las funciones fisiológicas de un miembro del cuerpo con deformaciones)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos y niños)
- Cuidado de rutina de los pies (excepto para asegurados principales que tengan diabetes)
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento para la infertilidad

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

- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos (a excepción de cualquier servicio o suministro provisto a un asegurado principal en el que se incurra fuera de los Estados Unidos si el asegurado principal viajó al lugar con el objetivo de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos)
- Atención quiropráctica (máximo de 25 consultas por período de beneficios combinadas con terapia para pacientes no hospitalizados)
- Audífonos (un dispositivo por oído, cada 48 meses)
- Enfermería de servicio privado (limitado a 85 consultas 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: Para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma al 1-800-942-5837 o visite [www.bcbsok.com](http://www.bcbsok.com). Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para obtener información sobre planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con su regulador estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. 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, visite [www.HealthCare.gov](http://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 sobre como 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: Para cobertura médica grupal sujeta a la Ley ERISA: comuníquese con el plan al 1-800-942-5837 o visite [www.bcbsok.com](http://www.bcbsok.com). También puede 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), y con el Departamento de Seguros de Oklahoma y Protección al Consumidor al 1-405-521-2991 o visitar [www.oid.ok.gov](http://www.oid.ok.gov). Para planes médicos grupales no federales del gobierno y planes eclesiásticos que son planes médicos grupales, comuníquese con el plan al 1-800-942-5837 o visite [www.bcbsok.com](http://www.bcbsok.com), o comuníquese con el Departamento de Seguros de Oklahoma y Protección al Consumidor al 1-405-521-2991 o visite [www.oid.ok.gov](http://www.oid.ok.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Oklahoma llamando al 1-405-521-2991 o visite [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/ok.html](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/ok.html).

#### **¿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 1-800-942-5837.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-942-5837.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-942-5837.

Navajo (Dine): Dineke'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-942-5837.

***Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios 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, 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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coseguro del Especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$900
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$4,460</b>

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para la afección bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coseguro del Especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,300
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$2,720</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coseguro del Especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$2,800</b>



BlueCross BlueShield of Oklahoma

### Tener cobertura médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo adicional. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. 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, estado de salud o discapacidad. 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  
300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> Floor  
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960

Usted 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  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>  
Formulario de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

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

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لتلقي المساعدة اللغوية أو التواصل مجانًا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	બાધ્યા અથવા સંચાર સહાયતા મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કૉલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jì' hodiilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.