Este 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.itpeubenefits.com o llamando al 1-800-327-5926.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$400** por una persona para proveedores dentro o fuera de la red. **$800** por familia para proveedores dentro o fuera de la red.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del **deducible** a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el **deducible**. Los miembros de la familia en forma combinada pueden alcanzar ambos **deducibles**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Farmacia: $200; atención dental: $150	El plan comienza la cobertura para estos servicios después de que se haya alcanzado el deducible.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. **$3,500** por una persona para proveedores dentro y fuera de la red. **$7,000** por familia para proveedores dentro y fuera de la red.	El **límite de gastos de bolsillo** es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica. Los miembros de la familia en forma combinada pueden alcanzar el máximo para **gastos de bolsillo**.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo?	Las contribuciones del empleador, los cargos correspondientes a saldo de facturación y los servicios que la Administración médica no considere médicamente necesarios no están cubiertos por este plan.	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el **límite de gastos de bolsillo**.
¿Hay un límite anual para las reclamaciones que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura específicos, como los límites para la cantidad de visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Consulte www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Si consulta a un médico u otro **proveedor** de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un **proveedor** fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, **preferido** o participante para hacer referencia a los **proveedores** que pertenecen a su **red**. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de **proveedores**.

¿Necesito un referido para ver un especialista?	No. No necesita un referido para consultar a un especialista.	Puede consultar al **especialista** que usted desee sin necesidad de permiso de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los **servicios excluidos**.

- **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 25% de esa cantidad, o sea $250. 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, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado $1,500 y la **cantidad aprobada** es $1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de $500 (conocida como **saldo de facturación**). Permitimos los cargos usuales y habituales.
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** dentro de la red cobrándole **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	25% de coseguro	35% de coseguro	————————ninguna————————
	Consulta con un especialista	25% de coseguro	35% de coseguro	————————ninguna————————
	Consulta con otro proveedor de la salud	25% de coseguro para acupuntura y atención quiropráctica	35% de coseguro para acupuntura y atención quiropráctica	La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.

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 tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	25% de coseguro	35% de coseguro	Se requiere certificación previa.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo? Para más información sobre la cobertura de medicamentos, visite www.itpeubenefits.com 1-800-327-5926	Sí. $2,550 por una persona/ $5,100 por familia Medicamentos genéricos	30% de coseguro	30% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	$2,550 por una persona/ $5,100 por familia Medicamentos de marca preferidos	30% de coseguro	30% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	$2,550 por una persona/ $5,100 por familia Medicamentos de marca no preferidos	30% de coseguro	30% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	$2,550 por una persona/ $5,100 por familia para Medicamentos especializados	30% de coseguro	30% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Tarifa del médico/cirujano	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.

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 inmediata	Servicios de la sala de emergencias	25% de coseguro	25% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Traslado médico de emergencia	25% de coseguro	25% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Cuidado urgente	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	25% de coseguro	35% de coseguro	Se requiere certificación previa.
	Tarifa del médico/cirujano	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Sin cobertura	Sin cobertura	——————ninguna——————
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin cobertura	Sin cobertura	——————ninguna——————
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Sin cobertura	Sin cobertura	——————ninguna——————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin cobertura	Sin cobertura	——————ninguna——————

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 está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	25% de coseguro	35% de coseguro	Es posible que haya otros niveles de distribución de costos que dependen de la forma en la que se proporcionan los servicios. Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Parto y todos los servicios de internación	25% de coseguro	35% de coseguro	Se requiere certificación previa.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	25% de coseguro	35% de coseguro	120 días como máximo
	Servicios de rehabilitación	25% de coseguro	35% de coseguro	La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Servicios de recuperación de las habilidades	25% de coseguro	35% de coseguro	La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Cuidado de enfermería especializado	25% de coseguro	35% de coseguro	120 días como máximo
	Equipo médico duradero	25% de coseguro	35% de coseguro	Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.com.
	Cuidado de hospicio	Sin cobertura	Sin cobertura	——————ninguna——————
Si tiene preguntas sobre la atención dental o de la vista, visite: www.itpeubenefits.com 1-800-327-5926	Beneficio de la visión	Cubierto(a)	Cubierto(a)	$200 como máximo para el empleado únicamente **(cada 24 meses)**
	Beneficio dental	30% de coseguro 45% de coseguro para prótesis	30% de coseguro 45% de coseguro para prótesis	$600 como máximo para el empleado; $300 como máximo para dependiente

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.)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Dispositivos para la audición
- Cuidado rutinario de los pies
- 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.)

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Cuidado dental
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbs.com/bluecardworldwide
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de la vista

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, es posible que, según las circunstancias, las leyes federales y estatales le ofrezcan una protección que le permita conservar la cobertura médica. Tales derechos pueden ser limitados en duración y exigirán el pago de una prima, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible, además, que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos de continuidad de la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese con el Plan llamando al 1-800-327-5926. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal, con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-800-537-8183 o a través de www.dol.gov/ebsa, o bien con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-800-233-4947, interno 61565, o a través de 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:

Anthem BCBS

P.O. Box 105568

Atlanta, GA 30348.

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

Sobre los 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.



Esta 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** $5,355
- **Usted paga** $2,185

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	$400
Copagos	$0
Coseguro	$1,785
Límites o exclusiones	$0
Total	**$2,185**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga** $3,840
- **Usted paga** $1,760

Ejemplos 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	$200
Copagos	$0
Coseguro	$1,560
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,760**

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **contribuciones** del empleador.
- 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 periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de 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 lo 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 costo importante es la **contribución** que paga su empleador. Por lo general, cuanto más baja sea la **contribución**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**.