



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el 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 contribución?) 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, llame al 1-800-252-8039 o visite www.healthselectoftexas.com. 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.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-252-8039 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	En la red: \$2,100 Individual/\$4,200 Familiar Fuera de la red ⁴ : \$4,200 Individual/\$8,400 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 un familiar en el <u>plan</u> , debe cumplir con el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios de prevención</u> tienen 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 alcanzar el <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 dólares por servicio por ciertos servicios que no tengan autorización previa.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	En la red ¹ : \$7,500 Individual/\$15,000 Familiar (A partir del 1 de enero del 2024) Fuera de la red ⁴ : Sin Límite	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 el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Contribuciones ² , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> ³ y servicios que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.healthselectoftexas.com o llame al 1-800-252-8039 para obtener una lista de los <u>profesionales de la salud que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará la mayor parte del valor si acude a un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la red ⁴ , y es posible que reciba una factura de un <u>profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</u> y lo que cubre su <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>) ³ . Tenga en cuenta que su <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la red ⁴ 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, no se requiere de <u>referidos</u> para ver a un <u>especialista</u> .	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .

¹ Los límites de gastos de bolsillo en este plan típicamente se restablecen cada año de calendario. El límite de gasto de bolsillo dentro de la red que se aplica a este plan a partir del 1/9/2023 hasta el 31/12/2023 es de \$7,050 Individual y \$14,100 Familiar.

² Según este plan, el pago de la cobertura de su seguro de gastos médicos se conoce como contribución en lugar de prima.

³ Es posible que los profesionales de la salud que no forman parte de la red⁴ no puedan facturar saldo adicional por servicios específicos. Consulte el Documento del Plan de Beneficios Principal (MBPD, en inglés) para obtener detalles.

⁴ Conforme a este plan, el término que no forma parte de la red se denomina fuera de la red.



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.healthselectrx.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>coseguro</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico. Nota: La insulina de la lista de medicamentos para pacientes no hospitalizados, independientemente del nivel, tiene un copago máximo de \$25 por un suministro de 30 días.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselectoftexas.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>coseguro</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> fuera de la red.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ciertos servicios deben tener una <u>autorización previa</u> ; consulte el Documento del <u>Plan</u> de beneficios principal para conocer los detalles.
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u> por visita inicial al consultorio Sin cargo después de la consulta inicial	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin Cargo	40% de <u>coseguro</u>	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselectoftexas.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Máximo de 100 consultas a proveedores que no forman parte de la red ⁴ por año calendario por persona. La terapia de infusión en el hogar con profesionales de la salud que no forman parte de la red ⁴ no tiene cobertura.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	El límite es de un reemplazo o reparación por persona cada 3 años a no ser que haya un cambio en la condición o en el estado físico. Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
	<u>Atención médica para pacientes terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>Autorización Previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar.
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	El límite es un examen de rutina por año calendario por persona. Una evaluación preventiva de agudeza visual como <u>atención médica preventiva</u> cubierta con un <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselectoftexas.com.

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
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adulto)
- Servicios educativos, sin incluir los Programas de Capacitación para el Manejo Personal de la Diabetes
- Anteojos y lentes de contacto
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Artículos para la comodidad personal
- Cuidado de rutina de los pies

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

- Atención quiropráctica
- Audífonos recetados (limitado a \$1,000 por oído, por período de 36 meses). Los menores de 18 años elegibles no están sujetos al máximo de \$1,000 por audífono.
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicio de enfermería privado (limitado a 96 horas por año para los proveedores que no forman parte de la red⁴)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Programas de pérdida de peso (limitado a ciertos programas. Ver el Documento del Plan de beneficios principal para obtener los detalles sobre los programas cubiertos)

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 de HealthSelect of Texas al 1-800-892-2803, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros 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 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 Texas al 1-800-252-8039, visitar www.healthselectoftexas.com, 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 Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.texashealthoptions.com.

¿Ofrece este plancobertura esencial mínima? Sí

Normalmente, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de gastos médicos 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 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 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 1-800-252-8039.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-252-8039.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-252-8039.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-252-8039.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar 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, del precio del 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 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 y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,100
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	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:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,100
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$4,260

Cuidado de 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>	\$2,100
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	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:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$200
Coseguro	\$90
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,410

Fractura Simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,100
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$0
Coseguro	\$100
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,200

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, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

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

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

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

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

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
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/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>