

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este [Plan](#) y lo que usted paga por los servicios cubiertos

**Periodo de cobertura:** 01/01/2024 -12/31/2024

Anthem® Blue Cross Life and Health Insurance Company  
Amy's Kitchen, Inc.: Custom Anthem Classic PPO 1500/10/0

**Cobertura para:** Individual + Familiar | **Tipo de plan:** PPO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (855) 333-5730 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$1,500/persona o \$3,000/familia para dentro de la <a href="#">red Proveedores</a> . \$1,500/persona o \$3,000/familia para fuera de la <a href="#">red</a> .	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia <a href="#">alcance</a> el <a href="#">deducible</a> familiar total.  El empleador aporta un crédito deducible en nombre de las personas cubiertas elegibles para cubrir el costo del deducible si se cumplen ciertos criterios; la persona cubierta completa un examen físico anual con panel metabólico básico antes del 30 de noviembre del año del plan calendario anterior. Los hijos no están obligados a participar. Hasta \$1,500/por una persona o \$3,000/por familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Atención primaria. Visita <a href="#">Specialist</a> . <a href="#">Atención preventiva</a> . Determinados <a href="#">medicamentos</a> <a href="#">recetados</a> . Lea más abajo para obtener más información.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.

¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	\$2,500/persona o \$5,000/familia para dentro de la <b>red Proveedores</b> . \$2,500/persona o \$5,000/familia para fuera de la <b>red Proveedores</b> . \$2,000/por una persona para la cobertura de <b>medicamentos recetados</b> .	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <b>plan</b> , estos deben alcanzar sus propios límites de <b>gastos de bolsillo</b> hasta que se haya alcanzado el límite de <b>gastos de bolsillo</b> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<b>Primas</b> , cargos de <b>facturación de saldo</b> , atención médica no cubierta este <b>plan</b> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí, Prudent Buyer PPO para residentes de CA y National Bluecard PPO para los residentes que no son de CA. Consulte <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al (800) 227-3771 para obtener un listado de los <b>proveedores de la red</b> . Para la cobertura de medicamentos recetados: Sí. Consulte <a href="http://benefits.filice.com/amys">http://benefits.filice.com/amys</a> o llame al 707-781-7762 para obtener un listado de los proveedores de la red.	Este <b>plan</b> utiliza una <b>red de proveedores</b> . Usted pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que pertenece a la <b>red</b> del <b>plan</b> . Pagará el monto más alto si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y podría recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que paga su <b>plan</b> ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor de la red</b> podría usar un <b>proveedor</b> fuera de la <b>red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <b>proveedor</b> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <b>derivación</b> para atenderse con un <b>especialista</b> ?	No.	Puede ver al <b>especialista</b> que usted elija sin una <b>derivación</b> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10/visita el <b>deducible</b>	30% de <b>coseguro</b>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Visita al <b>especialista</b>		30% de <b>coseguro</b>	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del **plan** o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		\$10/visita no se aplica <a href="#">deducible</a>		
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	0% de <a href="#">coseguro</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	\$800 como máximo/servicio para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos	Medicamentos de mantenimiento: Copago de \$5/receta (minorista) Copago de \$10/receta (entrega a domicilio) Todos los demás medicamentos genéricos: Copago de \$5/receta (recetados por Amy's HC, pero surtidos en una farmacia dentro de la <a href="#">red</a> ) Copago de \$10/receta (minorista) \$20 copago/receta (entrega a domicilio) No aplica <a href="#">deducible</a>	\$20 de copago solo para venta minorista	<b>Limitado a CVS Caremark.</b>  Se cancela el deducible para Amy's Health Center, los medicamentos genéricos, los medicamentos del formulario y los medicamentos que no pertenecen al formulario. Cuando hay un genérico disponible, pero la farmacia dispensa el medicamento de marca de acuerdo con solicitud de la persona cubierta o del médico, la persona cubierta pagará la diferencia entre el descuento de marca y el monto del medicamento genérico.
	Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	Medicamentos de mantenimiento: Copago de \$5/receta (minorista) Copago de \$10/receta (entrega a domicilio) Todos los demás medicamentos de marca: Copago de \$10/receta (recetados por Amy's HC, pero surtidos en una farmacia	Copago de \$40 (solo minorista)	El copago de medicamentos de mantenimiento se aplica a los medicamentos de mantenimiento genéricos adquiridos a través de

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		dentro de la <a href="#">red</a> ) Copago de \$20/receta (minorista) Copago de \$40/receta (entrega a domicilio) No se aplica <a href="#">deducible</a>		una farmacia participante y a determinados medicamentos de marca, según se indica en la descripción del plan, cuando se adquieren a través de una farmacia participante.
	Nivel 3 - Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Copago de \$20/receta (recetado por Amy's HC, pero surtido en una farmacia dentro de la <a href="#">red</a> ) Copago de \$40/receta (minorista) Copago de \$80/receta (entrega a domicilio) No se aplica <a href="#">deducible</a>	Copago de \$80 (solo minorista)	Cubre hasta 30 días de suministro (receta para venta minorista); 31 a 90 días de suministro (receta para pedido por correo).
	Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	Sin costo cuando se inscribe en el Programa de copago de PrudentRX. Si no se inscribe en el Programa, pagará el 30% del costo del medicamento		Los copagos no se aplican a los medicamentos preventivos de rutina.  Puede comunicarse con PrudentRx llamando al 1-800-578-4403. Para consultar la lista de medicamentos de PrudentRX, visite el sitio web de beneficios de Amy's en <a href="http://benefits.filice.com/amys">benefits.filice.com/amys</a> .
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	\$350 como máximo/servicio para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$100/visita después del deducible	Cubierto dentro de la <a href="#">red</a>	Se cancela el copago si el paciente es admitido. 0% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico de la sala de emergencias
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Cubierto dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$10/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica	30% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita hospitalización	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	180 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	Visita de oficina \$10/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica Otro ambulatorio 0% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 30% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 30% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	0% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . 30% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p.ej..ecografías).
	Servicios de parto profesionales	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	180 visitas/periodo de beneficio. *Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<a href="#">Cuidado de enfermería</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	180 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	180 días/período de beneficio.
<b>Si visita un centro de diálisis ambulatorio</b>	Copago de \$0 de diálisis para pacientes ambulatorios; \$0 de coseguro; El deducible no se aplica	\$0 Copago; \$0 de coseguro; El <a href="#">deducible</a> no se aplica		Se requiere predeterminación.
<b>If you have a test to diagnose or treat renal failure</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (análisis de sangre)	\$0 <a href="#">copago</a>	0% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
<b>If you need drugs in conjunction with your outpatient dialysis</b>	Medicamentos inyectables e intravenosos, incluidos, entre otros, Heparin, Epogen y Procrit.	\$0 <a href="#">Copago</a>	0% <a href="#">de coseguro</a>	Ninguna
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos para niños</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Consulta dental</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención dental (pediátrico)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Exámenes oculares a niños</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura: 24 visitas/período de beneficios</li> <li>• Audífonos: \$4,000 como máximo cada 4 años</li> <li>• Servicios de enfermería privada a domicilio únicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad: \$5,000 como máximo/período de beneficios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica: 24 visitas/período de beneficios</li> <li>• La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a></li> </ul>

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

**Su derecho a continuar con la cobertura :** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, (800) 927-HELP (4357), Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para 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 queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su [plan](#), por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), 1-213-897-8921, 1-800-482-4TDD (4633), [www.insurance.ca.gov/](http://www.insurance.ca.gov/)

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No**

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye [planes](#), [seguros](#), [médicos](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

#### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí/No**

su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#)

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Especialistas Copago](#) \$10
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 0%
- Otros [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
----------------------------	---------

<a href="#">Copagos</a>	\$0
-------------------------	-----

<a href="#">Coseguro</a>	\$0
--------------------------	-----

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$70
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,570</b>
------------------------------------	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Especialistas Copago](#) \$10
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 0%
- Otros [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis desangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<a href="#">Deducibles</a>	\$0
----------------------------	-----

<a href="#">Copagos</a>	\$100
-------------------------	-------

<a href="#">Coseguro</a>	\$0
--------------------------	-----

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$4,300
-----------------------	---------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,400</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Especialistas Copago](#) \$10
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 0%
- Otros [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
----------------------------	---------

<a href="#">Copagos</a>	\$30
-------------------------	------

<a href="#">Coseguro</a>	\$0
--------------------------	-----

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$10
-----------------------	------

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,540</b>
------------------------------------	----------------

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO



## Language Access Services:

**Dutch (Nederlands):** Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u 1-888-254-2721.

**Farsi (فارسی):** در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 1-888-254-2721 تماس بگیرید.

**French (Français):** Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-888-254-2721.

**German (Deutsch):** Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie 1-888-254-2721.

**Greek (Ελληνικά):** Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο 1-888-254-2721.

**Gujarati (ગુજરાતી):** જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો 1-888-254-2721.

**Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen):** Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele 1-888-254-2721.

**Hindi (हिंदी):** अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें 1-888-254-2721 ।

**Hmong (White Hmong):** Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau 1-888-254-2721.

**Igbo (Igbo):** Ọ bụr ụ na ị nwere ajụjụ ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ 1-888-254-2721.

**Ilokano (Ilokano):** Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti 1-888-254-2721.

**Indonesian (Bahasa Indonesia):** Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi 1-888-254-2721.

## Language Access Services:

**Italian (Italiano):** In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero 1-888-254-2721

**Japanese (日本語):** この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには、1-888-254-2721 にお電話ください。

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ1-888-254-2721 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura 1-888-254-2721.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면1-888-254-2721 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໄດ້ວົມກັບວ່າມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-254-2721.

**Navajo (Diné):** Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idiilkidgo ná bohónéedzǎ dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehǫ́ bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilínígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'i' hadeesdzih nínízingo koǫ́' hodíilnih 1-888-254-2721.

**Nepali (नेपाली):** यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् 1-888-254-2721

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, 1-888-254-2721 bilbilla.

## Language Access Services:

**Pennsylvania Dutch (Deutsch):** Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff 1-888-254-2721 aa.

**Polish (polski):** W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-888-254-2721.

**Portuguese (Português):** Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para 1-888-254-2721.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Romanian (Română):** Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic 1-888-254-2721.

**Russian (Русский):** Если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. 1-888-254-2721.

**Samoan (Samoa):** Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totoi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili 1-888-254-2721.

**Serbian (Srpski):** Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite 1-888-254-2721.

**Spanish (Español):** Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-254-2721.

**Tagalog (Tagalog):** Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang 1-888-254-2721.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร 1-888-254-2721 เพื่อพูดคุยกับล่าม

## Language Access Services:

**Ukrainian (Українська):** якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером: 1-888-254-2721.

**Urdu (اردو):** اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، 1-888-254-2721 پر کال کریں۔

**Vietnamese (Tiếng Việt):** Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi 1-888-254-2721.

**(Yiddish) (אידיש):** אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט 1-888-254-2721.

**Yoruba (Yorùbá):** Tí o bá ní èyíkéyì ìbèrè nípa àkòsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọfẹ́fẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe 1-888-254-2721.

### Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como “queja formal”. Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escribanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>