

 **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. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [azblue.com/member](https://azblue.com/member). 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/](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al **1-877-475-8440** para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la red: <b>\$6,000</b> por individuo o <b>\$12,000</b> por familia. Fuera de la red: <b>\$12,000</b> por individuo o <b>\$24,000</b> por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. Salvo que se muestre un <u>copago</u> , cargo u otro porcentaje, el porcentaje de <u>coseguro</u> de la <u>cantidad permitida</u> que usted paga por la mayoría de los servicios es del 35% <u>dentro de la red</u> y del 50% <u>fuera de la red</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: <b>\$8,000</b> por individuo o <b>\$16,000</b> por familia. Fuera de la red: <b>\$16,000</b> por individuo o <b>\$32,000</b> por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los <u>copagos</u> , las tarifas de acceso, los cargos de <u>autorización previa fuera de la red</u> , la <u>facturación de saldo</u> , los costos de atención médica que no cubre este <u>plan</u> , el <u>coseguro</u> de los alimentos con fines médicos y el <u>coseguro</u> por partes de las estadías en algunos centros para <u>pacientes hospitalizados</u>	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Vea <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> o llame al 1-877-475-8440 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		Algunos medicamentos administrados durante las visitas al consultorio pueden necesitar <u>autorización previa</u> . El <u>copago</u> por los exámenes de la vista de rutina es de \$25. El <u>copago</u> al <u>especialista</u> se aplica a la mayoría de los servicios quiroprácticos. Se cubren otros servicios quiroprácticos <u>dentro de la red</u> sin cargo después del <u>deducible</u> . \$25 de <u>copago</u> por consultas de telesalud médicas a través de BlueCare Anywhere <sup>SM</sup> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	<u>Copago</u> de visita al consultorio o 35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	La mayoría de los servicios no se cubren. Si se cubren, es posible que se aplique el 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 35% de <u>coseguro</u>		No se aplica el <u>costo compartido</u> si solo se reciben servicios de laboratorio durante la visita al consultorio médico y se usan laboratorios clínicos independientes contratados. No se aplica el <u>costo compartido</u> si se reciben radiografías de diagnóstico en centros de radiología independientes contratados o en centros para pacientes ambulatorios. El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y estado en la <u>red</u> . No se aplica el <u>costo compartido</u> para los servicios profesionales proporcionados por radiólogos, patólogos y dermohistopatólogos.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> .	Nivel 1	\$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Algunos medicamentos requieren <u>autorización previa</u> y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 2 <u>copagos</u> en una farmacia por pedido por correo. Los medicamentos por pedido por correo no están cubiertos <u>fuera de la red</u> .
	Nivel 2	\$40 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	Nivel 3	\$75 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$75 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Copagos</u> (no se aplica el <u>deducible</u> ): Nivel A: \$30 Nivel B: \$60 Nivel C: \$90 Nivel D: \$120	Sin cobertura	Los <u>copagos</u> de medicamentos de especialidad cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios para pacientes ambulatorios o medicamentos. Cargo de \$300 si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Tarifa de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Tarifas del médico/cirujano		50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		No se aplica <u>copago</u> si usted es admitido como paciente hospitalizado y paga <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados. Los proveedores fuera de la red no pueden facturar el saldo por la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo facturado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		Ninguna.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	El <u>copago</u> se aplica únicamente a los centros contratados específicamente para brindar <u>atención de urgencia</u> .
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios y medicamentos que no sean de emergencia. Cargo de \$300 si no se obtiene <u>autorización previa</u> para la hospitalización <u>fuera de la red</u> . Tarifa de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Tarifas del médico/cirujano		50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
	Atención a largo plazo para enfermos agudos	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 365 días	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . Cargo de \$300 si no se requiere <u>autorización previa</u> para <u>servicios fuera de la red</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de <u>copago</u> por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	El <u>copago</u> se aplica a las visitas a clínicas sin cita previa, domiciliarias y al consultorio. El <u>coseguro</u> se aplica a todas las demás ubicaciones. \$15 de <u>copago</u> para asesoramiento y consultas de telesalud para servicios psiquiátricos a través de BlueCare Anywhere <sup>SM</sup> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . Cargo de \$300 si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Además del <u>copago</u> inicial, no se aplica el <u>costo compartido dentro de la red</u> para los cargos generales del médico y las visitas al consultorio y a domicilio que realice el médico. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto		50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar/terapia de infusión en el hogar</u>	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Algunos medicamentos requieren <u>autorización previa</u> y no tendrán cobertura sin ella.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> • EAR = centro de rehabilitación activa extendida • PT/OT/ST = fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 120 días en un EAR PT/OT/HT/ST: \$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para la admisión en un centro para pacientes hospitalizados. Cargo \$300 si no se obtiene <u>autorización previa</u> para la admisión <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u> en un centro de enfermería especializado (SNF)	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 180 días	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el estado de la <u>red</u> del <u>proveedor</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo, excepto la <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$25 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluido.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Medicina alternativa
- Atención que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra
- Tratamientos experimentales y de investigación, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Anteojos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Tratamiento de fertilidad e infertilidad, incluidos los servicios reproductivos y genéticos
- Servicios y tratamiento para el pie plano, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Pruebas cromosómicas y genéticas, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de habilitación
- Audífonos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Atención a largo plazo, excepto la atención para enfermos agudos a largo plazo
- Terapia de masajes, aparte de la permitida según los criterios basados en la evidencia
- Medicamentos por pedido por correo fuera de la red y medicamentos de especialidad fuera de la red
- Atención preventiva fuera de la red, excepto las mamografías, sigmoidoscopías, colonoscopías y vacunas para viajes al extranjero
- Servicios de enfermería privada
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Atención de los pies de rutina
- Servicios, exámenes y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica
- Servicios y tratamiento para la disfunción sexual
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de la vista de rutina

**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:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o a través del sitio web [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Las normas federales de continuidad de cobertura COBRA no cubren los planes eclesiásticos. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona (al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix) sobre sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el 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. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-877-475-8440. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal y planes eclesiásticos que sean planes de salud grupales, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-877-475-8440. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix o en <https://difi.az.gov/consumer/i/health>.

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles 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.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.





## Acerca de estos ejemplos de cobertura



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

- El deducible general del plan \$6,000
- Copago al especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 35%
- Otro coseguro 35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico

(ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$6,000
<u>Copagos</u>	\$90
<u>Coseguro</u>	\$860
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$7,000</b>

### Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$6,000
- Copago al especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 35%
- Otro coseguro 35%

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 de sangre)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (glucómetro)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$50
<u>Copagos</u>	\$870
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$940</b>

### Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$6,000
- Copago al especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 35%
- Otro coseguro 35%

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)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$630
<u>Copagos</u>	\$560
<u>Coseguro</u>	\$330
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,520</b>

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para permitir que las personas con discapacidades se comuniquen de forma eficaz con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al 602-864-4884 si habla español y al 1-877-475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

L22048-1024