



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el plan de salud. 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 prima de la póliza) 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 1-866-355-5999 o visite [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad permitida, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf) o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red:</u> \$3,000 Individual/\$6,000 Familiar <u>Fuera de la red:</u> \$5,500 Individual/\$11,000 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>profesionales de la salud</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> tiene cobertura antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red:</u> \$7,000 Individual/\$14,000 Familiar <u>Fuera de la red:</u> \$20,250 Individual/\$40,500 Familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas de la póliza, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbstx.com/trsactivecare">www.bcbstx.com/trsactivecare</a> o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de los <u>profesionales de la salud</u> que forman parte de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza 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 profesional que <u>no</u> forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un profesional por la diferencia entre el cargo del profesional y lo que cubre el <u>plan</u> ( <u>factura con saldo adicional</u> ). Tenga en cuenta que su profesional de la salud que forma parte de la <u>red</u> puede usar un profesional de la salud que <u>no</u> forma parte de la <u>red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional que no forma parte 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 herida	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, médicos de salud mental o pediatra. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; para obtener más información consulte la póliza de su <u>plan</u> . Arancel de la consulta médica de TRS Virtual Health: \$30.
	Consulta con un <u>especialista</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno
	<u>Atención médica preventiva/evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	<u>Atención médica preventiva</u> de TRS: <a href="https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare-covered-preventive-care.aspx">https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare-covered-preventive-care.aspx</a> . Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>profesional de la salud</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)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información acerca de la <b>cobertura de medicamentos con receta</b> está disponible en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Medicamentos genéricos	20% de <u>coseguro</u> , después del <u>deducible</u>	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Cubre un suministro de 31 días (locales comerciales) o un suministro de 60 a 90 días (entrega a domicilio o en locales comerciales de la red Retail-Plus). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres que estén aprobados por la FDA en locales comerciales que <u>forman parte de la red</u> . Se requiere certificación previa y terapia escalonada. Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de un medicamento genérico, a menos que se lo recete por escrito. No se aplica el <u>deducible</u> a medicamentos preventivos específicos. <u>Fuera de la red</u> : El reembolso corresponde a la <u>cantidad permitida</u> por lo que se habría cobrado en una farmacia <u>de la red</u> menos el <u>copago</u> después de que se alcanza el <u>deducible</u> del medicamento.
	Medicamentos de marca preferidos	25% de <u>coseguro</u> , después del <u>deducible</u>	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de <u>coseguro</u> , después del <u>deducible</u>	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% de <u>coseguro</u> , después del <u>deducible</u>	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	
<b>Si requiere una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Cargos del centro: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Cargos del centro: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> para uso <u>fuera de la red</u> que no sea de emergencia. Las salas de emergencia independientes aplican un <u>copago</u> de \$500 por consulta después de que el <u>deducible</u> se alcance en su totalidad. Una vez que se aplica el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , hay un <u>coseguro</u> del 30% para los servicios <u>dentro de la red</u> y un <u>coseguro</u> del 50% para los servicios <u>fuera de la red</u> .
	<u>Transportación médica para casos de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Transportación terrestre y aérea cubierta. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica inmediata</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguno

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes no hospitalizados	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios para obtener más detalles. Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS Virtual Health; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Aranceles de las consultas de salud mental: Psiquiatra (consulta inicial) \$185.00, psiquiatra (consulta continua) \$95.00; psicólogo y trabajador social clínico con licencia \$85.00.
	Servicios de hospitalización	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, pueden aplicarse <u>coseguros</u> , o <u>deducibles</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Limitada a 60 consultas por año calendario. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . El miembro paga el saldo por cargos con cobertura que excedan \$500 por día <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Esto incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Limitado a 25 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos que excedan los \$500 por día para la atención de enfermería especializada <u>fuera de la red</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados paliativos</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . El miembro paga el saldo por cargos con cobertura que excedan \$500 por día <u>fuera de la red</u> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales u oculares</b>	Examen de la vista para niños	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	1 examen de rutina de la vista por año del plan si lo realiza un oftalmólogo u optometrista.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno

## 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).

- Atención dental (adultos y niños)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes)
- Programas de pérdida de peso (excepto los servicios de prevención necesarios)

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

- Acupuntura (en lugar de anestesia y para náuseas durante el embarazo)
- Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan)
- Audífonos (\$1,000 máximo/36 meses para miembros de 19 años o más)
- Cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen ocular de rutina por año del plan)
- Servicio de enfermería privado
- Tratamiento de infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)

**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 al 1-866-355-5999, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://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](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa 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 1-866-355-5999 o visitar [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare), o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). 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](http://www.texashealthoptions.com).

### ¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago al momento de presentar su declaración anual de ingresos, a menos que sea elegible para una exención del requisito de que usted cuenta con cobertura médica durante ese mes.

### ¿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: Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-355-5999.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-355-5999.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-355-5999.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-355-5999.

*Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.*

Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del profesional de la salud y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg tendrá un bebé**

(9 meses de cuidado prenatal en la red y parto en un hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro del especialista</u>	30%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	30%
■ <u>Otro coseguro</u>	30%

**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*)

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

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

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,900
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$5,960</b>

**Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe**

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro del especialista</u>	30%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	30%
■ <u>Otro coseguro</u>	30%

**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*)

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

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

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$600
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$3,620</b>

**Fractura simple de Mia**

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro del especialista</u>	30%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	30%
■ <u>Otro coseguro</u>	30%

**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 (*terapia física*)

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

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

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





# BlueCross BlueShield of Texas

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໃດໆບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອວົມກັບພາສາເປັນພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາເປີດຜ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໃບຫາເປີດ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ní, éí doodago la'da biká anánilwo'ígíí, na'idílkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'i bich'i'i' hadeesdzih nínizingo éí kwe' é da'iníishgi áká anídaalwo'ígíí bich'i'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.

**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Brindamos servicios y asistencia gratuita de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.  
No discriminamos en función de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

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

Si cree 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](mailto: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 denuncias: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>