



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un 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) 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, visite www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents o llame al 1-800-541-2768. 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 <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.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?	Individual: Blue Choice \$750 PPO \$1,750 Fuera de la red \$3,500 Familiar: Blue Choice \$2,250 PPO \$5,250 Fuera de la red \$10,500	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 plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, 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> , los servicios que cobran un <u>copago</u> y los <u>medicamentos con receta</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este plan 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 plan cubre ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$400 por sala de emergencias; \$250/\$500/\$600 para pacientes internados; \$200/\$400/\$500 por centro de cirugía para pacientes no hospitalizados. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>de bolsillo</u> <u>gastos de bolsillo</u> para este plan?	Individual: Blue Choice \$4,500 PPO \$6,100 Fuera de la red \$18,300 Familiar: Blue Choice \$9,000 PPO \$12,200 Fuera de la red \$36,600	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 este plan, tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto 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> y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-541-2768 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> participantes.	Paga menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la red de Blue Choice. Paga más si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la red de PPO. Pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el plan (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> 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.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Choice (usted pagará menos)	Proveedor participante (Usted pagará un poco más)	Proveedor 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 lesión o enfermedad	\$25 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$55 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Consultas virtuales: \$20 por consulta; el <u>deducible</u> no aplica. Consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles
	Consulta con un <u>Especialista</u>	\$50 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$110 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Atención primaria: \$25 por consulta <u>Especialista</u> : \$50 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Atención primaria: \$55 por consulta <u>Especialista</u> : \$110 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

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

www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents

SBC IL Non-HMO LG-2026

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Choice (usted pagará menos)	Proveedor participante (Usted pagará un poco más)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists	Medicamentos genéricos preferidos	Locales comerciales: Preferido: \$5 por receta médica No preferido: \$15 por receta médica Entrega a domicilio: \$15 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: Preferido: \$5 por receta médica No preferido: \$15 por receta médica Entrega a domicilio: \$15 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: \$15 con receta; no se aplica el <u>deducible</u>	Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Todas las recetas fuera de la red están sujetas a un cargo adicional del 50% después del <u>copago/coseguro</u> aplicable. No se aplicará ningún cargo adicional a ningún <u>deducible</u> o monto de bolsillo. Puede ser elegible para sincronizar sus resurtidos de recetas; consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles. El monto que puede pagar por
	Medicamentos genéricos no preferidos	Locales comerciales: Preferido: \$15 por receta médica No preferido: \$25 por receta médica Entrega a domicilio: \$45 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: Preferido: \$15 por receta médica No preferido: \$25 por receta médica Entrega a domicilio: \$45 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: \$25 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca preferidos	Locales comerciales: Preferido: \$45 por receta médica No preferido: \$65 por receta médica Entrega a domicilio: \$135 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: Preferido: \$45 por receta médica No preferido: \$65 por receta médica Entrega a domicilio: \$135 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: \$65 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	Locales comerciales: Preferido: \$85 por receta médica No preferido: \$105 por receta médica Entrega a domicilio: \$255 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: Preferido: \$85 por receta médica No preferido: \$105 por receta médica Entrega a domicilio: \$255 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Locales comerciales: \$105 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u> preferidos	\$250 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$250 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$250 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Choice (usted pagará menos)	Proveedor participante (Usted pagará un poco más)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u> no preferidos	\$350 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$350 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	\$350 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	suministro de 30 días de un medicamento de insulina cubierto, independientemente de la cantidad o el tipo, no excederá los \$35, cuando se obtenga de una Farmacia Participante Preferida o Participante.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$200 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$400 por consulta más un <u>coseguro</u> del 30%	\$500 por consulta más un <u>coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	\$400 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$400 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$400 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	No se aplica el <u>deducible</u> por incidente en caso de admisión.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 10%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no es de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$75 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$75 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$75 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$500 por consulta más un <u>coseguro</u> del 30%	\$600 por consulta más un <u>coseguro</u> del 50%	Se requiere <u>autorización previa</u> . Multa por <u>autorización previa</u> : \$1,000 o el 50% del cargo elegible dentro de la red, \$500 fuera de la red. Consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

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

www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents

SBC IL Non-HMO LG-2026

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Choice (usted pagará menos)	Proveedor participante (Usted pagará un poco más)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	Honorarios del médico/ cirujano	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$25/por visita al consultorio; el <u>deducible</u> no aplica <u>coseguro</u> del 10% por otros servicios para pacientes no hospitalizados	\$55 por visitas al consultorio; 30% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	\$250 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$500 por consulta más un <u>coseguro</u> del 30%	\$600 por consulta más un <u>coseguro</u> del 50%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención primaria: \$25 por consulta inicial Especialista: \$50 por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u>	Atención primaria: \$55 por consulta inicial Especialista: \$110 por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	El <u>copago</u> se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicio, 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	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$250 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$500 por consulta más un <u>coseguro</u> del 30%	\$600 por consulta más un <u>coseguro</u> del 50%	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

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

www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents

SBC IL Non-HMO LG-2026

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud de Blue Choice (usted pagará menos)	Proveedor participante (Usted pagará un poco más)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$250 por consulta más un <u>coseguro</u> del 10%	\$500 por consulta más un <u>coseguro</u> del 30%	\$600 por consulta más un <u>coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Se requiere un <u>referido</u> . Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>Equipo Médico Duradero</u> (DME, en inglés) se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	<u>Cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

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

www.bcbsil.com/member/2026-policy-documents

SBC IL Non-HMO LG-2026

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
- Atención médica a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Atención dental (adultos)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)

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

- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario)
- Audífonos (1 por oído cada 24 meses)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería de servicio privado
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

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 1-800-541-2768, 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, 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. 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, en los documentos de su plan, se proporciona 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 Illinois al 1-800-541-2768 o visitar www.bcbsil.com, 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener un 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 1-800-541-2768.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-541-2768.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-541-2768.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.



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, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y Coseguro) y en los servicios excluidos del 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 dentro de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$750
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ Copago o coseguro del hospital (centro)	\$250+10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

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*)
 Visita del Especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$1,000
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$2,510

Cuidado de la 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>	\$750
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ Copago o coseguro del hospital (centro)	\$250+10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del Médico de atención primaria (*incluida la 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>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$1,100
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$1,870

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$750
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ Copago o coseguro del hospital (centro)	\$250+10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención de la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Prueba 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>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,350



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: 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@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم (TTY: 711) 855-710-6984 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

espanol.bcbsil.com

IL1557_SPA_20250410

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anida'awo'it'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anida'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjil' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziil.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترسی، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyang provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

espanol.bcbsil.com

IL1557_SPA_20250410

