



BlueCross BlueShield of Illinois

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

McDonald's Licensees and Ronald McDonald House Charities
Health & Welfare Plan Trust: Health Plan 1

Cobertura: Individual + Familiar | Tipo de cobertura: PPO



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-730-8445 o visite <https://policy-srv.box.com/s/n48j7tx4d64fdladhiom599lxd16t7uk>. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar 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? | Dentro de la red: \$6,000 individual/\$12,000 familiar Fuera de la red: \$12,000 individual/\$24,000 familiar | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el plan comience a <u>pagar</u> . |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ? | Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> está incluida antes de que alcance su <u>deducible</u> . | Este plan incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan incluye ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para <u>servicios específicos</u> ? | No. | No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan? | Dentro de la red: \$6,500 individual/\$13,000 familiar Fuera de la red: \$13,000 individual/\$26,000 familiar El <u>deducible</u> anual y el monto máximo de los <u>gastos de bolsillo</u> anuales no pueden superar, en conjunto, la suma de \$7,350 respecto de ningún miembro de la familia. | El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, se debe alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los <u>gastos no incluidos</u> en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y <u>atención médica</u> que este plan no incluye. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ? | Sí. Visite www.bcbsil.com/licensees o llame al 1-800-730-8445 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> . | Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del plan. Usted 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 usar un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para <u>consultar con un especialista</u> ? | No. | Puede consultar con el <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 este se aplique.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> por consulta virtual, se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios para obtener detalles. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 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 | <u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se recomienda la aprobación previa de los procedimientos de alto costo/alta tecnología. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.express-scripts.com/mcdonalds o llame al 1-877-783-2268 | Medicamentos genéricos | 30% de coseguro luego de alcanzar el <u>deducible</u> en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI) | Incluye un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en locales comerciales) y un suministro de hasta 90 días en entrega a domicilio (Express Script o Walgreen). Los <u>copagos</u> de medicamentos preventivos son de "\$0.00". |
| | Medicamentos de marca preferidos | 30% de coseguro luego de alcanzar el <u>deducible</u> en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI) | Después de dos entregas de medicamentos de mantenimiento, el asegurado debe obtener la receta médica para un suministro de 90 días con entrega a domicilio. El <u>coseguro</u> de entrega a domicilio es de un 30%. Ciertos medicamentos especializados |

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 adelante denominado BCBSIL)

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

<https://policy-srv.box.com/s/n48j7tx4d64fdladhiom599lxd16t7uk>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| La cobertura para medicamentos con receta es emitida por Fidelity Security Life Insurance Company. | Medicamentos de marca no preferidos | 30% de coseguro luego de alcanzar el <u>deducible</u> en locales comerciales | Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de <u>reclamación</u> a Express Scripts (ESI) | utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredio (una división de la farmacia de ESI para <u>medicamentos especializados</u>) para todos los surtidos de su receta médica, incluido el primer surtido. Cualquier diferencia entre el costo del medicamento genérico y el costo del medicamento de marca se aplicará al <u>deducible</u> o al gasto máximo de bolsillo. Los <u>gastos compartidos</u> correspondientes (por nivel) y la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca nunca superarán el costo total del medicamento. |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | Mismos <u>gastos compartidos</u> que en locales comerciales. | Mismos <u>gastos compartidos</u> que en locales comerciales. | Ciertos <u>medicamentos especializados</u> utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredio (una división de la farmacia de ESI para <u>medicamentos especializados</u>) para todos los surtidos de su receta médica, incluido el primer surtido. El <u>deducible</u> de la cobertura para medicamentos con receta está incluido en su <u>deducible</u> general del plan. |
| Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados | Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Honorarios del médico o cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si requiere atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | El uso de salas de emergencia para casos que no sean de emergencia tiene un 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> tanto dentro como fuera de la red. |

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 adelante denominado BCBSIL)

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

<https://policy-srv.box.com/s/n48j7tx4d64fdladhiom599lxd16t7uk>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención médica inmediata</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si tiene una estadía en un hospital | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. El no certificar previamente los servicios implica una reducción de beneficios del 50% con un límite máximo de multa de \$1,000. |
| | Honorarios del médico o cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes no hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> por consulta virtual, se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios para obtener detalles. |
| | Servicios para pacientes internados | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. Cobertura de servicios de tratamiento residencial. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto o nacimiento | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios de parto o nacimiento en el centro | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere la certificación previa. |
| Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas | <u>Atención médica en el hogar</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Límite de 60 consultas combinadas con servicio de enfermería privado. Se requiere la certificación previa. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | 60 consultas combinadas para terapia del habla, ocupacional y física. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Limitado a un máximo de 120 días. Se requiere la certificación previa. |

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 adelante denominado BCBSIL)

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

<https://policy-srv.box.com/s/n48j7tx4d64fdladhiom599lxd16t7uk>.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| | | Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. |
| | <u>Cuidados paliativos</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Los beneficios están disponibles a través de EyeMed. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Los beneficios están disponibles a través de EyeMed. |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Beneficios disponibles a través de Delta Dental. |

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

| Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Atención dental (adultos) Atención médica a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los ojos (adultos) Programas de pérdida de peso |

| Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <u>plan</u>). | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Aborto Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 20 consultas por año calendario) Audífonos (1 dispositivo por oído cada 24 meses) | <ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes) | <ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados) Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios) |

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 adelante denominado BCBSIL)

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

<https://policy-srv.box.com/s/n48j7tx4d64fdladhiom599lxd16t7uk>.

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 que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, al 1-800-730-8445 o visite www.bcbsil.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre los seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese 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 visite www.cciio.cms.gov. Sin cobertura para los planes eclesiásticos bajo las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. 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: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-730-8445 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de 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 (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan 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:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-730-8445.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-730-8445.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-730-8445

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

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-730-8445.

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 incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

| | |
|--|---------|
| ■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u> | 30% |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro) | 30% |
| ■ Otro <u>coseguro</u> | 30% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto o nacimiento
 Servicios de parto o nacimiento en el centro
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Costo total en el ejemplo | \$12,700 |
|----------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---|----------------|
| Deducibles* | \$6,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$500 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que debe pagar Peg es | \$6,560 |

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|--|---------|
| ■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u> | 30% |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro) | 30% |
| ■ Otro <u>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*)

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Costo total en el ejemplo | \$5,600 |
|----------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---|----------------|
| Deducibles | \$5,400 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que debe pagar Joe es | \$5,420 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--|---------|
| ■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u> | 30% |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro) | 30% |
| ■ Otro <u>coseguro</u> | 30% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Costo total en el ejemplo | \$2,800 |
|----------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---|----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Mia es | \$2,800 |



BlueCross BlueShield of Illinois

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

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad. Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

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

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

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



BlueCross BlueShield of Illinois

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

| | To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984. |
|------------|---|
| Español | Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo. |
| العربية | لتلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984. |
| 繁體中文 | 如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。 |
| Français | Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984. |
| Deutsch | Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an. |
| ગુજરાતી | ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો. |
| हिंदी | निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें। |
| Italiano | Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984. |
| 한국어 | 언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984 번으로 전화해 주세요. |
| Navajo | Niná: Doo bilagáana bizaad dinit'sá'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jì' hodíłni. |
| فارسی | برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید. |
| Polski | Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984. |
| Русский | Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984. |
| Tagalog | Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984. |
| اردو | مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔ |
| Tiếng Việt | Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984. |