



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 la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-287-3859 o visite www.bcbsil.com/statefarm. 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?	\$2,500 individual/\$5,000 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 <u>plan</u> 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 <u>plan</u> comience a pagar.
¿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 <u>plan</u> 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> .
¿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 gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$5,000 individual/\$10,000 familiar Fuera de la red: \$7,500 individual/\$15,000 familiar	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 <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> 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/statefarm o llame al 1-844-287-3859 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una <u>factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (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>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>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	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</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)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en el www.Caremark.com	Medicamentos genéricos	10% de coseguro	40% de coseguro	Los medicamentos con receta están sujetos al deducible anual, ya que esta opción se considera como un seguro de gastos médicos con deducible alto (HDHP, en inglés) que puede usarse junto con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés). Los gastos de bolsillo por la cobertura para medicamentos con receta de pacientes no hospitalizados no cuentan para el límite de gastos de bolsillo. Consulte la información anterior con respecto a los medicamentos con receta.
	Medicamentos de marca preferidos	10% de coseguro	40% de coseguro	
	Medicamentos de marca no preferidos	10% de coseguro	40% de coseguro	
	<u>Medicamentos especializados</u>	10% de coseguro	40% de coseguro	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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 requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$100 de copago por consulta más 10% de <u>coseguro</u>	\$100 de copago por consulta más 10% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte para casos que no sean de emergencia; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	<u>Atención médica inmediata</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	40% 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	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	Servicios para pacientes internados	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u>	40% 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	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Sin cargo después del <u>deducible</u>	Límite de \$8,500 como máximo por año calendario. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 consultas combinadas por período de beneficios para terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/statefarm. **Página 3 de 6**

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>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 días por caso. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% 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. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Cuidados paliativos</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

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 • Audífonos • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) • Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes) • 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"> • Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario) • Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados) (se limita a 40 consultas por año calendario) • Mayor parte de la cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite www.bcbsil.com/statefarm 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad (solo aquellos servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad; la cobertura no incluye los gastos derivados o incurridos en relación con la fertilización in vitro u otras formas de inseminación artificial)

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: Comuníquese con el plan al 1-844-287-3859, 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 1-844-287-3859 o visitar www.bcbsil.com/statefarm, o bien puede 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 (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 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 1-844-287-3859.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-287-3859.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-287-3859.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-287-3859.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar 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 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)

- Deducible general del plan \$2,500
- Coseguro del especialista 10%
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,000
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,560

Tratamiento de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- Deducible general del plan \$2,500
- Coseguro del especialista 10%
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,820

Fractura simple de Mia

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

- Deducible general del plan \$2,500
- Coseguro del especialista 10%
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$20
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,620



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>



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	لتلقي 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	બાષા 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 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinit's'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jí' hodíilni.
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.