



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) te ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo tú y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre tu cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visita bluecrossma.org/coverage-info. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulta el glosario. Puedes consultar el glosario en bluecrossma.org/sbcglossary o llamar al 1-800-358-2227 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	\$3,300 por miembro / \$6,600 por familia dentro de la red; \$6,000 por miembro / \$12,000 por familia fuera de la red.	Por lo general, debes pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar tu <u>deducible</u> ?	Sí. Atención prenatal dentro de la red; <u>atención preventiva</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no has cubierto la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumplas con tu <u>deducible</u> . Ve una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tienes que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$5,500 por miembro / \$11,000 por familia dentro de la red; \$11,000 por miembro / \$22,000 por familia fuera de la red.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podrías pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pagues estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagarás menos si acudes a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Ve bluecrossma.com/findadoctor o llama al número de Servicios al Miembro que figura en tu tarjeta de identificación para una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Tú pagarás menos si acudes a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Tú pagarás el máximo si acudes a un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y es posible que recibas una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que tu <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Ten en mente que tu <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesitas una <u>derivación</u> para atenderte con un <u>especialista</u> ?	No.	Puedes acudir al <u>especialista</u> de tu preferencia sin una <u>derivación</u> .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagarás el mínimo)	Fuera de la red (Pagarás el máximo)	
Si acudes al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con tu médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	Consulta con un <u>especialista</u>	30% de <u>coseguro</u> ; 30% de <u>coseguro</u> / visita al quiropráctico; 30% de <u>coseguro</u> / visita de acupuntura	50% de <u>coseguro</u> ; 50% de <u>coseguro</u> / visita al quiropráctico; 50% de <u>coseguro</u> / visita de acupuntura	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; limitado a 12 visitas de acupuntura por año calendario; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	<u>Atención preventiva</u> / <u>evaluación</u> / vacunas	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	Limitado a la edad y / o la frecuencia; exención del <u>costo compartido</u> para al menos un examen de bienestar de salud mental por año calendario; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud. Tendrás que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulta a tu <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifica lo que tu <u>plan</u> pagará
Si te realizas un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se puede requerir <u>autorización previa</u>
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se puede requerir <u>autorización previa</u>

Circunstancia médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagarás el mínimo)	Fuera de la red (Pagarás el máximo)	
<p>Si necesitas un medicamento para tratar tu enfermedad o condición médica.</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en bluecrossma.org/medication</p>	Medicamentos genéricos	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$50) para suministro por venta minorista o 30% de <u>coseguro</u> (hasta \$150) para suministro por pedido por correo	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$150) para suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	<p>Se aplica primero el <u>deducible</u>; suministro de hasta 30 días por venta minorista (90 días por pedido por correo); es posible que el <u>costo compartido</u> no se aplique o que se reduzca o aumente para determinados medicamentos y suministros cubiertos; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados medicamentos</p>
	Medicamentos de marca preferidos	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$200) para suministro por venta minorista o 30% de <u>coseguro</u> (hasta \$600) para suministro por pedido por correo	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$600) para suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	
	Medicamentos de marca no preferidos	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$250) para suministro por venta minorista o 30% de <u>coseguro</u> (hasta \$750) para suministro por pedido por correo	30% de <u>coseguro</u> (hasta \$750) para suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Costos compartidos</u> aplicables (genéricos, preferidos y no preferidos)	Sin cobertura	
<p>Si te hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	Tarifas del médico / cirujano	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios

Circunstancia médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagarás el mínimo)	Fuera de la red (Pagarás el máximo)	
Si necesitas atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> dentro de la red para servicios dentro y fuera de la red
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> dentro de la red para servicios dentro y fuera de la red
	<u>Atención de urgencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
Si necesitas hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
	Tarifas del médico / cirujano	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
Si necesitas servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
Si estás embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para atención prenatal; 30% de <u>coseguro</u> para la atención postparto	20% de <u>coseguro</u> para atención prenatal; 50% de <u>coseguro</u> para la atención postparto	Se aplica primero el <u>deducible</u> , a excepción de la atención prenatal dentro de la red; el <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> dentro de la red; la atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía); puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagarás el mínimo)	Fuera de la red (Pagarás el máximo)	
Si necesitas servicios de recuperación o tienes otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes ambulatorios; 30% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes hospitalizados	50% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes ambulatorios; 50% de <u>coseguro</u> para servicios para pacientes hospitalizados	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; limitado a 60 visitas ambulatorias por año calendario (excepto para autismo, atención médica en el <u>hogar y terapia</u> del lenguaje); limitado a 60 días por año calendario para admisiones de pacientes hospitalizados; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	<u>Servicios de habilitación</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se aplican los límites de cobertura de la terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios; no se aplican los límites de <u>coseguro</u> y cobertura para los servicios de intervención temprana para niños que reúnan los requisitos; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; límite de 100 días por año calendario; se requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; no se aplica el costo compartido dentro de la red para un extractor de leche por nacimiento, incluidos los suministros (20% de coseguro para servicios fuera de la red)
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios

Circunstancia médica común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagarás el mínimo)	Fuera de la red (Pagarás el máximo)	
Si tu hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	Limitado a un examen cada 24 meses
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Control dental para niños	Sin cargo para miembros con fisura palatina / labio leporino	20% de <u>coseguro</u> para miembros con fisura palatina / labio leporino	Limitado a los miembros menores de 18 años

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| • Anteojos para niños | • Atención dental (adultos) | • Servicios de enfermería privada |
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | |

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

- | | | |
|---|--|--|
| • Acupuntura (12 visitas por año calendario) | • Tratamiento de infertilidad | • Atención de los pies de rutina (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica) |
| • Cirugía bariátrica | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | • Programas de pérdida de peso (\$150 por póliza por año calendario) |
| • Atención quiropráctica | • Atención de la vista de rutina para adultos (limitado a un examen cada 24 meses) | |
| • Audífonos (\$2,000 por cada oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años) | | |

Tu derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarte si quieres mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Tu Departamento Estatal de Seguros también puede ayudarte. Si eres un residente de Massachusetts, puedes comunicarte con la División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en www.mass.gov/doi. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para ti, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visita www.HealthCare.gov o llama al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre la posible compra de la cobertura individual a través del intercambio estatal, puedes comunicarte con el mercado de tu estado, si corresponde. Si eres un residente de Massachusetts, comunícate con el Conector de Salud de Massachusetts al visitar www.mahealthconnector.org. Para obtener más información sobre tus derechos para continuar con la cobertura de tu empleador, comunícate con el patrocinador del plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarte si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el patrocinador de su plan o llame al 1-800-472-2689. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro). También puede comunicarse con la Oficina de protección de pacientes al 1-800-436-7757 o en www.mass.gov/hpc/opp.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si eres elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no seas elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

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

Aviso de exención: Este documento contiene solo una descripción parcial de los beneficios, las limitaciones, exclusiones y otras disposiciones del plan de atención médica. No es una póliza. Es una visión general solamente. No brinda todos los detalles de esta cobertura, incluidos los beneficios, exclusiones y limitaciones de la póliza. En caso de que haya discrepancias entre este documento y la póliza, regirán los términos y condiciones de la póliza.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulta la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$3,300
- Coseguro de cargo por parto 30%
- Coseguro de cargo por establecimiento 30%
- Coseguro de exámenes de diagnóstico 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,300
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,100
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,460

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$3,300
- Coseguro por visita con un especialista 30%
- Coseguro por visita de atención primaria 30%
- Coseguro de exámenes de diagnóstico 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,300
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$600
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,920

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

- El deducible general del plan \$3,300
- Coseguro por visita con un especialista 30%
- Coseguro de la sala de emergencias 30%
- Coseguro de servicios de ambulancia 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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

* Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. © 2025 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.