

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
TAYLOR CORPORATION – HSA Plus

Período de cobertura: A partir del 01/01/2024
Cobertura para: Individuo y familia | **Tipo de plan:** HSA




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted 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 su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-289-5154 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$3,000 por individuo / \$6,000 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$6,000 por individuo / \$12,000 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Este plan tiene un deducible incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$6,600 por individuo / \$13,200 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$12,700 por individuo / \$25,400 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Este plan tiene un límite de gastos de bolsillo incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Atención del niño sano: 20% de coseguro Atención para adultos: 20% de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	20% de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Una farmacia minorista es cualquier farmacia autorizada a la cual puede ingresar físicamente para obtener un medicamento con receta médica. Una farmacia de servicios por correo expende medicamentos con receta médica a través del correo postal estadounidense. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	<p>El participante abona el precio completo por recetas médicas hasta la cantidad del deducible. Sin cobertura para medicamentos de farmacia por pedido por correo de proveedores fuera de la red.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	
	Medicamentos de especialidad	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Atención de urgencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios de asesoramiento para matrimonio / parejas no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento de salud mental para adultos	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: 0% de coseguro Atención posparto: 20% de coseguro	Atención prenatal: 20% de coseguro Atención posparto: 20% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	20% de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	20% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 visitas por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro para terapia ocupacional 20% de coseguro para fisioterapia 20% de coseguro para terapia del lenguaje	20% de coseguro para terapia ocupacional 20% de coseguro para fisioterapia 20% de coseguro para terapia del lenguaje	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro para terapia ocupacional 20% de coseguro para fisioterapia 20% de coseguro para terapia del lenguaje	20% de coseguro para terapia ocupacional 20% de coseguro para fisioterapia 20% de coseguro para terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	20% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 días por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

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](#)).

- Servicios de enfermería privada
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- Atención dental (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Cirugía estética (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Acupuntura (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Audífonos (externos únicamente y sujetos a las limitaciones de la cobertura)
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-289-5154. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través de MNSure/el mercado. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.com o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo 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: Blue Cross al 1-866-289-5154; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el Plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿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 usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.bluecrossmn.com/taylor

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



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. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga 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](#) **\$3,000**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **20%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
- Otro [coseguro](#) **20%**

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,400

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,460

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](#) **\$3,000**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **20%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
- Otro [coseguro](#) **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$500

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,520

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$3,000**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **20%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
- Otro [coseguro](#) **20%**

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

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.

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိုင်ခိုး, တံကဟုန်နကိုင်တံမစကလိတဖန်န့လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လာ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
TAYLOR CORPORATION – Plan HSA

Período de cobertura: A partir del 01/01/2024
Cobertura para: Individuo y familia | **Tipo de plan:** HSA




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted 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 su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-289-5154 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$6,600 por individuo / \$13,200 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$12,700 por individuo / \$25,400 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Este plan tiene un deducible incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$6,600 por individuo / \$13,200 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$12,700 por individuo / \$25,400 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Este plan tiene un límite de gastos de bolsillo incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Atención del niño sano: 0% de coseguro Atención para adultos: 0% de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	0% de coseguro	0% de coseguro	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Una farmacia minorista es cualquier farmacia autorizada a la cual puede ingresar físicamente para obtener un medicamento con receta médica. Una farmacia de servicios por correo expende medicamentos con receta médica a través del correo postal estadounidense. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com.	Medicamentos genéricos preferidos	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	El participante abona el precio completo por recetas médicas hasta la cantidad del deducible. Sin cobertura para medicamentos de farmacia por pedido por correo de proveedores fuera de la red .
	Medicamentos de marca preferidos	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	
	Medicamentos no preferidos	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	0% de coseguro por venta minorista 0% de coseguro por 90 días por venta minorista	
	Medicamentos de especialidad	0% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura para medicamentos de farmacia por pedido por correo de proveedores fuera de la red .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	0% de coseguro	0% de coseguro	
	Atención de urgencia	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
	Tarifas del médico / cirujano	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios de asesoramiento para matrimonio / parejas no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento de salud mental para adultos	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: 0% de coseguro Atención posparto: 0% de coseguro	Atención prenatal: 0% de coseguro Atención posparto: 0% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	0% de coseguro	0% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	0% de coseguro	0% de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	0% de coseguro	0% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 visitas por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	0% de coseguro para terapia ocupacional 0% de coseguro para fisioterapia 0% de coseguro para terapia del lenguaje	0% de coseguro para terapia ocupacional 0% de coseguro para fisioterapia 0% de coseguro para terapia del lenguaje	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación	0% de coseguro para terapia ocupacional 0% de coseguro para fisioterapia 0% de coseguro para terapia del lenguaje	0% de coseguro para terapia ocupacional 0% de coseguro para fisioterapia 0% de coseguro para terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	0% de coseguro	0% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 días por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	0% de coseguro	0% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	0% de coseguro	0% de coseguro	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	0% de coseguro	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

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](#)).

- Servicios de enfermería privada
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- Atención dental (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Cirugía estética (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Acupuntura (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Audífonos (externos únicamente y sujetos a las limitaciones de la cobertura)
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-289-5154. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través de MNsure/el mercado. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.com o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo 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: Blue Cross al 1-866-289-5154; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el Plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿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 usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.bluecrossmn.com/taylor

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



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. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga 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](#) **\$6,600**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **0%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **0%**
- Otro [coseguro](#) **0%**

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$6,600
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,660

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](#) **\$6,600**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **0%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **0%**
- Otro [coseguro](#) **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$5,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$5,420

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$6,600**
- [Coseguro](#) del [especialista](#) **0%**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **0%**
- Otro [coseguro](#) **0%**

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိုင်ခိုး, တံကဟုန်နကိုင်တံမစၢကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yánít'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíik'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
TAYLOR CORPORATION – Plan PPO

Período de cobertura: A partir del 01/01/2024
Cobertura para: Individuo y familia | **Tipo de plan:** PPO




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted 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 su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-289-5154 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$2,500 por individuo / \$5,000 por familia para servicios médicos dentro de la red . \$5,000 por individuo / \$10,000 por familia para servicios médicos fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Este plan tiene un deducible incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$6,600 por individuo / \$13,200 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$12,700 por individuo / \$25,400 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Este plan tiene un límite de gastos de bolsillo incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$40 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$60 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Atención del niño sano: 40% de coseguro Atención para adultos: 40% de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Una farmacia minorista es cualquier farmacia autorizada a la cual puede ingresar físicamente para obtener un medicamento con receta médica. Una farmacia de servicios por correo expende medicamentos con receta médica a través del correo postal estadounidense. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com .	Medicamentos genéricos preferidos	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	El participante abona el precio completo por recetas médicas hasta la cantidad del deducible. Sin cobertura para medicamentos de farmacia por pedido por correo de proveedores fuera de la red .
	Medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	
	Medicamentos no preferidos	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	
	Medicamentos de especialidad	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$40 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$40 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios de asesoramiento para matrimonio / parejas no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento de salud mental para adultos	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: 0% de coseguro Atención posparto: \$40 de copago por visita al consultorio de atención primaria o \$60 de copago por visita al consultorio del especialista, la cantidad que corresponda; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	Atención prenatal: 40% de coseguro Atención posparto: 40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 visitas por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$40 de copago para terapia ocupacional; no se aplica el deducible \$40 de copago para fisioterapia; no se aplica el deducible \$40 de copago para terapia del lenguaje; no se aplica el deducible	40% de coseguro para terapia ocupacional 40% de coseguro para fisioterapia 40% de coseguro para terapia del lenguaje	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación	\$40 de copago para terapia ocupacional; no se aplica el deducible \$40 de copago para fisioterapia; no se aplica el deducible \$40 de copago para terapia del lenguaje; no se aplica el deducible	40% de coseguro para terapia ocupacional 40% de coseguro para fisioterapia 40% de coseguro para terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 días por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% de coseguro
Anteojos para niños		Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
Control dental para niños		Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

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](#)).

- Servicios de enfermería privada
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- Atención dental (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Cirugía estética (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Acupuntura (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Audífonos (externos únicamente y sujetos a las limitaciones de la cobertura)
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-289-5154. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través de MNSure/el mercado. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.com o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo 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: Blue Cross al 1-866-289-5154; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el Plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿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 usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.bluecrossmn.com/taylor

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



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. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga 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](#) **\$2,500**
- [Copago](#) al [especialista](#) **\$60**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
20%
- Otro [coseguro](#)

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,500

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,070

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](#) **\$2,500**
- [Copago](#) al [especialista](#) **\$60**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
20%
- Otro [coseguro](#)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$900
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,620

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$2,500**
- [Copago](#) al [especialista](#) **\$60**
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) **20%**
20%
- Otro [coseguro](#)

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,400

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိုင်ခိုး, တံကဟုန်နကိုင်တံမစၢကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
TAYLOR CORPORATION – Plan PPO Plus

Período de cobertura: A partir del 01/01/2024
Cobertura para: Individuo y familia | **Tipo de plan:** PPO




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted 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 su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-289-5154 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$1,500 por individuo / \$3,000 por familia para servicios médicos dentro de la red \$4,000 por individuo / \$8,000 por familia para servicios médicos fuera de la red	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Este plan tiene un deducible incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$6,600 por individuo / \$13,200 por familia para servicios médicos y medicamentos dentro de la red . \$12,700 por individuo / \$25,400 por familia para servicios médicos y medicamentos fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Este plan tiene un límite de gastos de bolsillo incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.bluecrossmn.com/taylor o llame al 1-866-289-5154 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$35 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Atención del niño sano: 40% de coseguro Atención para adultos: 40% de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Una farmacia minorista es cualquier farmacia autorizada a la cual puede ingresar físicamente para obtener un medicamento con receta médica . Una farmacia de servicios por correo expende medicamentos con receta médica a través del correo postal estadounidense. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com .	Medicamentos genéricos preferidos	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	\$10 de copago por venta minorista. \$25 de copago por 90 días por venta minorista.	El participante abona el precio completo por recetas médicas hasta la cantidad del deducible. Sin cobertura para medicamentos de farmacia por pedido por correo de proveedores fuera de la red .
	Medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	20% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$40, máximo de \$80. 20% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$100, máximo de \$200.	
	Medicamentos no preferidos	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	50% de coseguro por venta minorista; mínimo de \$60, máximo de \$120. 50% de coseguro por 90 días por venta minorista; mínimo de \$150, máximo de \$300.	
	Medicamentos de especialidad	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	20% de coseguro ; mínimo de \$75, máximo de \$150	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$25 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios de asesoramiento para matrimonio / parejas no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento de salud mental para adultos	20% de coseguro	40% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: 0% de coseguro Atención posparto: \$25 de copago por visita al consultorio de atención primaria o \$35 de copago por visita al consultorio del especialista, la cantidad que corresponda; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	Atención prenatal: 40% de coseguro Atención posparto: 40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 visitas por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago para terapia ocupacional; no se aplica el deducible \$25 de copago para fisioterapia; no se aplica el deducible \$25 de copago para terapia del lenguaje; no se aplica el deducible	40% de coseguro para terapia ocupacional 40% de coseguro para fisioterapia 40% de coseguro para terapia del lenguaje	Es posible que se requiera autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago para terapia ocupacional; no se aplica el deducible \$25 de copago para fisioterapia; no se aplica el deducible \$25 de copago para terapia del lenguaje; no se aplica el deducible	40% de coseguro para terapia ocupacional 40% de coseguro para fisioterapia 40% de coseguro para terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Servicios combinados dentro de la red y fuera de la red : 120 días por período de beneficio. Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

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](#)).

- Servicios de enfermería privada
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- Atención dental (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Cirugía estética (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Acupuntura (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Audífonos (externos únicamente y sujetos a las limitaciones de la cobertura)
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-289-5154. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través de MNSure/el mercado. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.com o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo 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: Blue Cross al 1-866-289-5154; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el Plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿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 usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

Notice of Nondiscrimination Practices

Effective July 18, 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus (Blue Cross) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender. Blue Cross does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or gender.

Blue Cross provides resources to access information in alternative formats and languages:

- Auxiliary aids and services, such as qualified interpreters and written information available in other formats, are available free of charge to people with disabilities to assist in communicating with us.
- Language services, such as qualified interpreters and information written in other languages, are available free of charge to people whose primary language is not English.

If you need these services, contact us at 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711.

If you believe that Blue Cross has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can file a grievance with the Nondiscrimination Civil Rights Coordinator

- by email at: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- by mail at: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- or by telephone at: 1-800-509-5312

Grievance forms are available by contacting us at the contacts listed above, by calling 1-800-382-2000 or by using the telephone number on the back of your member identification card. TTY users call 711. If you need help filing a grievance, assistance is available by contacting us at the numbers listed above.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- by telephone at: 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)
- or by mail at: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



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. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga 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](#) \$1,500
- [Copago](#) al [especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20% 20%
- Otro [coseguro](#)

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,700

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,270

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](#) \$1,500
- [Copago](#) al [especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20% 20%
- Otro [coseguro](#)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$900
Copagos	\$500
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,420

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Copago](#) al [especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20% 20%
- Otro [coseguro](#)

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$100

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိုင်ခိုး, တံကဟုန်နကိုင်တံမၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າວ່າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodíílnih.