



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.NebraskaBlue.com](http://www.NebraskaBlue.com). Para obtener definiciones generales de los términos comunes, tales como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-844-201-0763 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | ¿Por qué esto es importante?   |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?   | Individual/familiar<br><u>En la red</u> : \$3,500/\$7,000<br><u>Fuera de la red</u> : \$6,400/\$12,800   | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience la cobertura. Si usted tiene otros familiares en la póliza, cada uno debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que se haya cubierto el <u>deducible</u> general familiar.   |
| ¿Existen servicios con cobertura antes de que usted cubra su <u>deducible</u> ? | Sí, <u>atención preventiva</u> y <u>medicamentos recetados</u> .   | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aún si usted no ha alcanzado el monto de <u>deducible</u> anual. Pero podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cubra su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| ¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | No.  | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este <u>plan</u> ?         | <u>En la red</u> : \$6,500/\$13,000<br><u>Fuera de la red</u> : \$13,000/\$26,000  | El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios con cobertura. Si usted tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que cubrir sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta que el monto total del <u>límite de desembolso directo</u> se haya pagado.  |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?               | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldos</u> , las multas, la denegación por no obtener <u>autorización previa</u> y los servicios que no cubre este <u>plan</u> .        | Incluso si usted paga estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .   |
| ¿Usted pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                      | Sí. Visite <a href="http://www.NebraskaBlue.com/find-a-doctor">www.NebraskaBlue.com/find-a-doctor</a> o llame al 1-844-201-0763 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?       | No.  | Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .   |



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de cumplir con su deducible general, si aplica un deducible. Ciertos eventos médicos comunes, incluyendo medicamentos recetados, pueden requerir autorización previa. No obtener la autorización previa resultará en el rechazo de la reclamación.

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará                                 |  | Límites, excepciones y otra información importante  |
|---|---|---|--|---|
|   |   | Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)   |   |
| Si visita el consultorio o clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica  | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | Consulta a <u>especialista</u>  | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>   | Ningún cargo por servicios bajo mandato federal.    | 50% de <u>coseguro</u> . Para las vacunas de niños de hasta 7 años de edad, no se aplica el <u>deducible</u> . | Usted podría tener que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego revise lo que su <u>plan</u> pagará. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
| Si se le hace algún análisis  | <u>Prueba de diagnóstico</u> (rayos X, análisis de sangre)  | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | Toma de imágenes médicas [tomografías computarizadas (CT)/ tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI)] | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición<br><br>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en <a href="http://www.mysmithrx.com">www.mysmithrx.com</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)  | 30% de <u>coseguro</u>                              | Se le reembolsa al miembro lo que presenta menos el copago aplicable.  | Farmacia minorista: un suministro de hasta 90 días<br>Farmacia de pedidos por correo: un suministro de hasta 90 días<br>Medicamentos de especialidad: un suministro de hasta 30 días<br>Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluidos algunos medicamentos de especialidad, de una farmacia designada por SmithRx.<br>Algunos medicamentos pueden tener un requisito de autorización previa o pueden resultar en un costo más alto.<br>Ciertos medicamentos preventivos están |
|   | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)  | 30% de <u>coseguro</u>                              |  |   |
|   | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)   | 30% de <u>coseguro</u>                              |  |   |
|   | <u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4 y Nivel 5)   | 30% de <u>coseguro</u>                              | Sin cobertura  |   |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.nyebenefits.com](http://www.nyebenefits.com).

| Evento médico común  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará                                 |  | Límites, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|--|
|  |  | Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)                 |  |
|  |  |   |  | cubiertos sin cargo.<br>Se aplica la disposición Dispensar según lo escrito (DAW).   |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria   | Cargo por uso de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
| Si necesita atención médica inmediata  | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                              | 30% de <u>coseguro</u>                              | Mismos costos compartidos que un <u>proveedor dentro de la red</u> | Ninguno  |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                                 | 30% de <u>coseguro</u>                              | Mismos costos compartidos que un <u>proveedor dentro de la red</u> | Se pueden aplicar límites para la ambulancia aérea.  |
|  | <u>Atención de urgencia</u>  | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Ninguno  |
| Si le hospitalizan   | Cargo por uso de instalaciones (p. ej., habitación del hospital)       | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
| Si tiene necesidades relacionadas con la salud mental, salud conductual o el abuso de sustancias | Servicios ambulatorios   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
|  | Servicios de hospitalización   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
| Si usted está embarazada   | Visitas al consultorio   | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | El <u>costo compartido</u> no aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se pueden aplicar el <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> . La atención de maternidad podría incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC. Se podría requerir <u>autorización previa</u> . |
|  | Servicios profesionales de parto/nacimiento                            | 30% de <u>coseguro</u>                              | 50% de <u>coseguro</u>   | Vea el límite de visitas al consultorio para embarazos. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.nyebenefits.com](http://www.nyebenefits.com).

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted pagará  |  | Límites, excepciones y otra información importante   |
|---|---|--|--|--|
|   |   | Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)  | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)   |  |
|   | Servicios de instalaciones de parto/nacimiento          | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Vea el límite de visitas al consultorio para embarazos. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | <u>Atención médica a domicilio</u>                      | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | <u>Asistencia de la salud en el hogar</u> : 60 días por año natural. <u>Atención de enfermería especializada en el hogar</u> : se limita a 8 horas por día. <u>Cuidados respiratorios</u> : 60 días por año natural. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Servicios de rehabilitación</u>                      | Terapia ambulatoria: 30% de <u>coseguro</u><br>Manipulaciones: 30% de <u>coseguro</u><br>Otros servicios: 30% de <u>coseguro</u> | Terapia ambulatoria: 50% de <u>coseguro</u><br>Manipulaciones: 50% de <u>coseguro</u><br>Otros servicios: 50% de <u>coseguro</u> | <u>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia ambulatoria</u> : límite combinado de 60 sesiones por año natural. <u>Manipulaciones y ajustes</u> : límite combinado de 30 sesiones por año natural. <u>Rehabilitación cardíaca ambulatoria</u> : límite combinado de 18 sesiones por diagnóstico. <u>Rehabilitación pulmonar ambulatoria</u> : límite combinado de 18 sesiones por diagnóstico para ciertos diagnósticos y criterios. Se podría requerir <u>autorización previa</u> . |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>                        | Terapia ambulatoria: 30% de <u>coseguro</u><br>Otros servicios: 30% de <u>coseguro</u>   | Terapia ambulatoria: 50% de <u>coseguro</u><br>Otros servicios: 50% de <u>coseguro</u>   | Consulte las secciones <u>Servicios de rehabilitación</u> y <u>Si le hospitalizan</u> . Los servicios educativos no están cubiertos. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Atención de enfermería especializada</u>             | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | <u>En el hogar</u> : vea la sección <u>Atención médica a domicilio</u> . <u>Atención de enfermería especializada</u> : limitada a 60 días por año natural. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Equipo médico duradero</u>                           | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Alquiler o compra, lo que cueste menos. Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
|   | <u>Servicios de cuidados paliativos</u>                 | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Se podría requerir <u>autorización previa</u> .  |
|   | Si su hijo necesita atención odontológica o de la vista | Examen de la vista para niños  | Sin cobertura  | Sin cobertura  |

 \* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.nyebenefits.com](http://www.nyebenefits.com).

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará   |   | Límites, excepciones y otra información importante |
|---------------------|--------------------------------|---|---|--|
|                     |                                | Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)  |  |
|                     | Anteojos para niños            | Lentes: sin cobertura<br>Armazones: sin cobertura<br>Lentes de contacto: sin cobertura                                      | Lentes: sin cobertura<br>Armazones: sin cobertura<br>Lentes de contacto: sin cobertura                                      | Los anteojos no tienen cobertura.                  |
|                     | Revisión dental para niños     | Servicios de restauración simples y complejos, <u>preventivos</u> : sin cobertura<br>Servicios de ortodoncia: sin cobertura | Servicios de restauración simples y complejos, <u>preventivos</u> : sin cobertura<br>Servicios de ortodoncia: sin cobertura | Las revisiones dentales no tienen cobertura.       |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (revise su documento del plan o póliza para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- |                             |                                     |  |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| • Acupuntura                | • Anteojos (niños)                  | • Servicio privado de enfermería           |
| • Cirugía bariátrica        | • Tratamiento para la infertilidad  | • Atención rutinaria de la vista (adultos) |
| • Cirugía cosmética         | • Atención a largo plazo            | • Atención rutinaria de la vista (niños)   |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no sea de emergencia | • Programas de pérdida de peso             |
| • Atención dental (niños)   | cuando viaja fuera de los EE. UU.   |  |

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar límites a estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su plan).

- |                          |             |                                  |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|
| • Atención quiropráctica | • Audífonos | • Atención de rutina de los pies |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.nyebenefits.com](http://www.nyebenefits.com).

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de tales agencias es: para la cobertura médica grupal sujeta a ERISA, la Administración para la Seguridad de las Prestaciones del Empleado del Departamento de Trabajo, llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); para los planes grupales de salud que no pertenecen al gobierno federal, el Departamento de Servicios Humanos y de la Salud, el Centro para la Información del Consumidor y la Supervisión de los Seguros Médicos, llame al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov); o el departamento de recursos humanos de su empleador. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluida la compra de cobertura de seguro individual por medio del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar quejas o apelaciones:** hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. A este reclamo se le llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proveen información completa para presentar una reclamación, apelación, o una queja ante su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre esta notificación o para pedir ayuda, llame a: Blue Cross and Blue Shield of Nebraska al 1-844-201-0763 o visite [www.NebraskaBlue.com](http://www.NebraskaBlue.com), el Departamento de Seguros de Nebraska al 1-877-564-7323 o [www.doi.ne.gov](http://www.doi.ne.gov), para la cobertura médica colectiva sujeta a ERISA, puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de las Prestaciones del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o el departamento de recursos humanos o de prestaciones para el trabajador de su empleador.

**¿Proporciona este plan una Cobertura Esencial Mínima? Sí.**

La Cobertura Esencial Mínima por lo general incluye planes y seguro médico disponibles a través del mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de prima.

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

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, es posible que califique para obtener crédito fiscal de prima para ayudarle a pagar un plan a través del mercado.

#### Servicios de acceso a idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-844-201-0763.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-201-0763.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-201-0763.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-201-0763.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la siguiente página.* —————

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.nyebenefits.com](http://www.nyebenefits.com).



Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta 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 un parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$3,500
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro 30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para nacimientos/partos

Servicios de instalaciones para nacimientos/partos

Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$3,500 |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$2,600 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> |         |
| Límites o <u>exclusiones</u>   | \$70    |
| El total que Peg pagaría es    | \$6,170 |

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

- El deducible general del plan \$3,500
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro 30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre enfermedades*)

Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$1,400 |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <i>Lo que no está cubierto</i> |         |
| Límites o <u>exclusiones</u>   | \$4,100 |
| El total que Joe pagaría es    | \$5,500 |

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

- El deducible general del plan \$3,500
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (instalaciones) 30%
- Otro coseguro 30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)

Prueba de diagnóstico (*rayos X*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$2,800 |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <i>Lo que no está cubierto</i> |         |
| Límites o <u>exclusiones</u>   | \$10    |
| El total que Mia pagaría es    | \$2,810 |

El plan sería responsable por los demás costos de los servicios de EJEMPLO con cobertura.