


**Premera Blue Cross HMO : HMO 2000**

Cobertura para: Individuos o Familias | Tipo de plan: HMO

 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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-722-4661 (TTY: 711) o visítenos en [www.premera.com](http://www.premera.com). Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del 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 1-844-722-4661 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|--|--|---|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?                          | Dentro de la red: \$2,000 individual / \$4,000 familiar.   | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a cubrir los costos. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. No se aplica a <u>atención preventiva</u> , <u>copagos</u> , <u>medicamentos con receta</u> ni a los servicios enumerados a continuación como “Sin cargo”.   | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <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> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?         | No.  | No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.  |
| ¿Cuánto es el <u>desembolso máximo</u> para este <u>plan</u> ?   | Dentro de la red: \$4,000 individual / \$8,000 familiar  | El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , deben cumplir con sus propios <u>desembolsos máximos</u> hasta que se haya alcanzado el <u>desembolso máximo</u> familiar general.  |
| ¿Qué cosas no se incluyen en el <u>desembolso máximo</u> ?       | Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una <u>autorización previa</u> para los servicios y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su <u>desembolso máximo</u> .  |

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|---|---|---|
| ¿Pagará menos si se usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?              | Sí. Consulte <a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a> o llame al 1-844-722-4661 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (facturación del saldo)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios. |
| ¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí.   | Este plan pagará por algunos o todos los costos por visitar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de ver al <u>especialista</u> .   |



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro solo se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará                                    |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|
|   |   | <u>Proveedor en la red</u><br>(Usted pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Usted pagará el máximo) |  |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión   | \$5 de <u>copago</u> /visita                           | Sin cobertura  | Ninguna  |
|   | Consulta con un <u>especialista</u>   | \$60 de <u>copago</u> por visita                       | Sin cobertura  | Ninguna  |
|   | <u>Atención preventiva/evaluaciones/vacunas</u>   | Sin cargo  | Sin cobertura  | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> . |
| Si se le realiza un examen  | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)  | 20% de <u>coseguro</u>                                 | Sin cobertura  | Ninguna  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% de <u>coseguro</u>                                 | Sin cobertura  | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.                 |

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|---|--|---|
|   |  | <u>Proveedor en la red</u><br>(Usted pagará el mínimo)  | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Usted pagará el máximo) |   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b><br><br>Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta</u></b> en <a href="https://www.premera.com/documents/052149_2023.pdf">https://www.premera.com/documents/052149_2023.pdf</a> | Medicamentos genéricos preferidos  | \$10 de <u>copago</u> por receta médica (por venta minorista), \$25 de <u>copago</u> por receta (por pedido por correo)   | Sin cobertura  | Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.  |
|   | Medicamentos de marcas preferidas  | \$40 de <u>copago</u> por receta médica (por venta minorista), \$100 de <u>copago</u> por receta (por pedido por correo)  | Sin cobertura  | Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.   |
|   | <u>Medicamentos especializados</u> preferidos  | \$70 de <u>copago</u> por receta médica   | Sin cobertura  | Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en farmacias especializadas específicamente contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.   |
|   | Medicamentos genéricos no preferidos<br>Medicamentos de marcas no preferidas<br><u>Medicamentos especializados</u> no preferidos | Medicamentos genéricos no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u> (venta minorista), \$375 de <u>copago/receta</u> (pedido por correo)<br>Medicamentos de marca no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u> (venta minorista), \$375 de <u>copago/receta</u> (pedido por correo)<br>Medicamentos especializados no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u> | Sin cobertura  | Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos: Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo).<br>Medicamentos especializados no preferidos: Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en farmacias especializadas específicamente contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos. |
| <b>Si le hacen una operación ambulatoria</b>  | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)  | 20% de <u>coseguro</u>  | Sin cobertura  | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.   |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | 20% de <u>coseguro</u>  | Sin cobertura  | Ninguna   |

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar                                    | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|--|--|---|
|   |   | Proveedor en la red<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)  |   |
| Si necesita atención médica inmediata   | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                         | \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u>   | \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u>   | No se cobra el <u>copago</u> de la sala de emergencias si es admitido al hospital.  |
|   | <u>Transporte médico de emergencia</u>                            | 20% de <u>coseguro</u>   | 20% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|   | <u>Atención de urgencia</u>                                       | En el hospital: \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u><br>En un centro independiente: \$25 de <u>copago</u> por visita | En el hospital: \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u><br>En un centro independiente: \$25 de <u>copago</u> por visita | Ninguna   |
| Si se le hospitaliza  | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital) | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadia.   |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                    | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Ninguna   |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                             | Visita al consultorio: \$5 de <u>copago</u> por visita<br>Establecimiento: 20% de <u>coseguro</u>  | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | Servicios internos  | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadia.   |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio  | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). |
|   | Servicios de parto profesionales                                  | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). |

| Evento médico común  | Servicios que podría necesitar                     | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <u>Proveedor en la red</u><br>(Usted pagará el mínimo)   | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Usted pagará el máximo) |  |
|  | Servicios de parto prestados en un establecimiento | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).  |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u>             | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Se limita a 130 visitas por año calendario.  |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                 | Para pacientes ambulatorios: \$60 de <u>copago</u> por visita<br>Para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura  | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>                   | Para pacientes ambulatorios: \$60 de <u>copago</u> por visita<br>Para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura  | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|  | <u>Atención de enfermería especializada</u>        | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.  |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                      | 20% de <u>coseguro</u>   | Sin cobertura  | Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algunos equipos médicos. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.   |

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar                                | Lo que usted pagará                          |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|
|   |   | Proveedor en la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|   | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | 20% de <u>coseguro</u>                       | Sin cobertura                                      | Se limitan a 240 horas de relevo; se limitan a 10 días para pacientes hospitalizados: límite de beneficio general de 6 meses de por vida, excepto que se apruebe lo contrario. |
| <b>Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b> | Examen de la vista para niños                                 | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna  |
|   | Anteojos para niños   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna  |
|   | Control dental para niños                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna  |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos para la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li> <li>• Programas para la pérdida de peso</li> </ul> |
|--|--|--|

**Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención quiropráctica u otras manipulaciones espinales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de los pies</li> </ul> |
|---|--|

**Sus derechos para continuar 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 la siguiente: para los planes de la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), comuníquese con 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Con respecto a los planes pertenecientes al gobierno, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Con respecto a los planes eclesiásticos y todos los otros planes, llame al 1-800-562-6900 para comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros o a la aseguradora al 1-844-722-4661 o TTY 711. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja formal 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 dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa para presentar un reclamo, 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 su plan al 1-844-722-4661 o

TTY 711, o con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-562-6900, o con 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

Por lo general, la [cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-722-4661.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-722-4661.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-844-722-4661.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-722-4661.

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



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes planes de salud. 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 <u>deducible general del plan</u>           | \$2,000 |
| ■ <u>Copago al especialista</u>                  | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital</u> (establecimiento) | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 20%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de parto prestados en un establecimiento  
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costos compartidos</u>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$2,000        |
| <u>Copagos</u>                     | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                    | \$2,000        |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$4,060</b> |

### Controlar la diabetes de tipo 2 de Joe

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

|  |         |
|--|---------|
| ■ El <u>deducible general del plan</u>           | \$2,000 |
| ■ <u>Copago al especialista</u>                  | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital</u> (establecimiento) | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 20%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costos compartidos</u>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$200          |
| <u>Copagos</u>                     | \$1,300        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$0            |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,520</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|  |         |
|--|---------|
| ■ El <u>deducible general del plan</u>           | \$2,000 |
| ■ <u>Copago al especialista</u>                  | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital</u> (establecimiento) | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 20%     |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costos compartidos</u>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$2,000        |
| <u>Copagos</u>                     | \$400          |
| <u>Coseguro</u>                    | \$10           |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,410</b> |



### **La discriminación está prohibida**

Premera Blue Cross HMO (Premera HMO) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera HMO no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera HMO:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera HMO no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

**Asistencia con el idioma**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-722-4661 (TTY: 711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-722-4661 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-722-4661 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-722-4661 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-722-4661 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-722-4661 (TTY: 711).

\_\_\_\_\_!  
844-722-4661 ( : 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 844-722-4661 (TTY: 711)។

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。844-722-4661 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 844-722-4661 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 844-722-4661 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-722-4661 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 844-722-4661 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-722-4661 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-722-4661 (ATS : 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 844-722-4661 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 844-722-4661 (TTY: 711).

**توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 844-722-4661 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**