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. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, https://eoc.anthem.com/eocdps/aso. 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 www.cuidadodesalud.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al (844) 963-0445 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$1,750/unico o $4,000/familia para Proveedores In-Network.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí.Atención preventiva. Examen de la vista pediátrico. Lea más abajo para obtener más información.	Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$3,500/unico o $7,350/Familia para Proveedores In-Network.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida), atención médica no cubierta por este plan.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Blue High Performance Network. Consulte www.anthem.com o llame al	Este plan utiliza una red de Proveedor. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un Proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga

	(844) 963-0445 para obtener una lista de Proveedores de red. Los beneficios y costos varían según el centro de servicios y cómo facture el proveedor.	(facturación de saldo). Tenga en cuenta que su Proveedores dentro de la red puede usar un Proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija 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 In-Network (Usted pagará el mínimo)	Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	Sin cobertura	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Visita al especialista	20% de coseguro	Sin cobertura	Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su Proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o	Medicamentos normalmente genéricos (Nivel 1) Venta al por menor / Venta por correo	20% después del deducible / $30 como máximo	Sin cobertura	Express Scripts es la gerente de beneficios de farmacia.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor In-Network (Usted pagará el mínimo)	Proveedor (Usted pagará el máximo)	
condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.allegionbenefits.com	Medicamentos de marca normalmente preferidos y medicamentos genéricos normalmente no preferidos (Nivel 2) Venta al por menor / Venta por correo	35% después del deducible / 35% después del deducible máximo de $150	Sin cobertura	Los medicamentos de mantenimiento deben obtenerse a través del servicio de pedido por correo, Walgreens o CVS, excepto en el caso de los empleados de LCN en Princeton, Illinois, quienes pueden utilizar el servicio de pedido por correo o cualquier farmacia de la red.
	Medicamentos genéricos y de marca normalmente no preferidos (Nivel 3) Venta al por menor / Venta por correo	50% después del deducible / 50% después del deducible máximo de $300	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados normalmente preferidos (de marca y genéricos) (Nivel 4) Venta al por menor / Venta por correo	No disponible / 30% después del deducible máximo de $300	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de coseguro	Cubierto dentro de la red	-------- ninguna --------
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	Cubierto dentro de la red	-------- ninguna --------
	Atención de urgencia	20% de coseguro	Cubierto dentro de la red	-------- ninguna --------
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio 20% de coseguro Otro servicio ambulatorio 20% de coseguro	Visita al consultorio Sin cobertura Otro servicio ambulatorio Sin cobertura	Visita al consultorio Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Otro servicio ambulatorio -------- ninguna --------
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
	Visitas al consultorio	20% de coseguro	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor In-Network (Usted pagará el mínimo)	Proveedor (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	Sin cobertura	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC).(p. ej., ecografías).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	Sin cobertura	120 visitas/periodo de beneficiopara Cuidado de la salud en el hogar y servicios de enfermería privada combinados para Proveedor In-Network.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	*Consulte la sección Equipo médico duradero.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	Sin cobertura	-------- ninguna --------
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la visión.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-------- ninguna --------

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Anteojos para niños
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.
- Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Atención a largo plazo
- Cirugía cosmética
- Programas para bajar de peso
- Atención dental (adultos)
- Consulta dental a niños
- Tratamiento para la infertilidad

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Acupuntura • Audífono $2,000 como máximo cada 36 meses	• Atención de rutina de la vista (adultos) • Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica 30 visitas/periodo de beneficio • Servicios de enfermería privada 120 visitas por periodo de beneficios, combinadas con servicios de atención médica a domicilio.

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: State of Indiana Department of Insurance, 311 W. Washington Street, Suite 300, Indianapolis, Indiana 46204, (800) 622-4461, (317) 232-2395, www.in.gov/idoi/3008.htm, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Podría tener también otras opciones de cobertura, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es/ o llame al 1-800-318-2596.

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:

ATTN: Grievances and Appeals, P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No.
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/No.
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.

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 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	$1,750
Coseguro para especialistas	20%
Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
Otros coseguros	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	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$70
El total que Peg pagaría es	**$3,570**

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	$1,750
Coseguro para especialistas	20%
Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,100
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$4,300
El total que Joe pagaría es	**$5,400**

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	$1,750
Coseguro para especialistas	20%
Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
Otros coseguros	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	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$10
El total que Mia pagaría es	**$1,960**

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

We're here for you – in many languages

The law requires us to include a message in all of these different languages. Curious what they say? Here's the English version: "You have the right to get help in your language for free. Just call the Member Services number on your ID card." Visually impaired? You can also ask for other formats of this document.

Spanish
Usted tiene derecho a obtener asistencia en su idioma sin cargo. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación ¿Tiene alguna deficiencia visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Chinese
您有權免費獲得使用您的語言提供的協助。只需撥打印於您的 ID 卡上的會員服務部電話號碼即可。視力障礙？您也可以索取本文件的其他格式。

Vietnamese
Quý vị có quyền nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, miễn phí. Quý vị chỉ cần gọi đến số điện thoại của Ban Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID của quý vị. Quý vị bị khiếm thị? Quý vị cũng có thể yêu cầu các định dạng khác của tài liệu này.

Korean
귀하는 귀하의 언어로 된 도움을 무료로 받을 권리가 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 가입자 서비스 번호로 전화하십시오. 시각 장애인이신가요? 다른 형식으로 된 이 문서를 요청하실 수 있습니다.

Tagalog
May karapatan kang makakuha ng tulong na nasa iyong wika nang libre. Tawagan lang ang numero ng Member Services na nasa iyong ID card. May kapansanan sa paningin? Maaari ka ring humingi ng iba pang mga format ng dokumentong ito.

Russian
У вас есть право на бесплатное получение помощи на вашем родном языке. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. У вас проблемы со зрением? Вы также можете запросить этот документ в других форматах.

French Creole
Ou gen dwa jwenn èd nan lang ou gratis. Jis rele nimewo Sèvis Manm ki sou Kat ID ou a gratis Gen pwoblèm vizyèl? Ou ka mande tou pou lòt fòma nan dokiman sa a.

Arabic
لك الحق في الحصول على هذه المعلومات والحصول على المساعدة بلغتك مجانًا. فقط اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة هويتك. هل تعاني من ضعف البصر؟ يمكنك أيضًا طلب تنسيقات أخرى لهذه الوثيقة.

French
Vous avez le droit d'obtenir de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez simplement le numéro du Services membres figurant sur votre carte d'identité. Vous êtes une personne malvoyante ? Vous pouvez également demander à accéder à ce document dans d'autres formats.

Persian
شما حق دارید به زبان خود به صورت رایگان کمک بگیرید. فقط با شماره خدمات اعضا مندرج در کارت عضویت خود تماس بگیرید. آیا دچار اختلال بینایی هستید؟ همچنین می‌توانید فرمت‌های دیگر این سند را درخواست کنید.

Armenian
Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն ստանալու ձեր լեզվով: Պարզապես զանգահարեք ձեր ID քարտի վրա գտնվող Անդամների սպասարկման համարին: Տեսողության խանգարում ունեցո՞ղ եք: Կարող եք նաև խնդրել այս փաստաթղթի այլ ձևաչափեր:

Japanese
あなたにはあなたの言語で無料で支援を受ける権利があります。ID カードに記載されている会員サービス番号にお電話ください」視覚障害をお持ちですか？他の形式でこの文書を要求することもできます。

Italian
Hai il diritto di ricevere assistenza gratuita nella tua lingua. Basta chiamare il numero del Servizio Membri presente sulla tua tessera identificativa. Hai problemi di vista? È possibile richiedere anche altri formati di questo documento.

German
Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie einfach die Nummer des Mitgliederservices auf Ihrer ID-Karte an. Sehbehindert? Sie können dieses Dokument auch in anderen Formaten anfordern.

Polish
Masz prawo do bezpłatnej pomocy w swoim języku. Wystarczy zadzwonić pod numer Biura Obsługi Klienta podany na karcie identyfikacyjnej. Masz wadę wzroku? Możesz również poprosić o inne formaty tego dokumentu.

Pennsylvania Dutch
Du hoscht's Recht fer Hilf griege in dei Schprooch fer nix. Duh yuscht die Member Services Number uffrufe uff dei ID Card. Hoscht Druwwel fer sehne? Du kannscht des do Schreiwes in en differnter Weg griege so as du's besser sehne kannscht.

TTY/TTD:711

Es importante que lo tratemos de manera justa
Respetamos las leyes federales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf