

El documento de **Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)** le ayudará a elegir un **plan médico**. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** podrían compartir el costo por los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** la información acerca del costo de este **plan** (conocida como la **prima**) será proporcionada por separado. Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura o desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite azblue.com o llame al **1-877-475-8440**. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados consulte el Glosario. Consulte el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llame al **1-877-475-8440** y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	<p><u>Proveedores dentro de la red</u>: \$6,000 por miembro y \$12,000 por familia.</p> <p><u>Proveedores fuera de la red</u>: \$12,000 por miembro y \$24,000 por familia.</p>	<p>Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u>, antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u>, cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. Salvo que se muestre <u>copago</u>, arancel u otro porcentaje; el porcentaje de <u>coseguro</u> de la <u>cantidad aprobada</u> que usted paga por la mayoría de los servicios es del 35% <u>dentro de la red</u> y el 50% <u>fuera de la red</u>.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de pagar su deducible ?	Sí.	<p>Este <u>plan</u> cubre algunos elementos y servicios incluso si usted todavía no ha pagado el monto del <u>deducible</u>. Pero un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> puede aplicarse. Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	<p>Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.</p>
¿Cuál es el límite de gastos del bolsillo para este <u>plan</u> ?	<p><u>Proveedores dentro de la red</u>: \$8,000 por miembro y \$16,000 por familia.</p> <p><u>Proveedores fuera de la red</u>: \$16,000 por miembro y \$32,000 por familia.</p>	<p>El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año del plan por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u>, ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos del bolsillo</u> familiar general.</p>
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	<p>Las <u>primas</u>, los <u>copagos</u>, los aranceles de acceso, los cargos de <u>precertificación fuera de la red</u>, los <u>salvos de facturación</u>, los costos de atención médica que no cubre este <u>plan</u>, el <u>coseguro</u> de los alimentos con fines médicos y el <u>coseguro</u> por partes de las estadias en algunos centros <u>hospitalarios</u>.</p>	<p>Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u>.</p>

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> , consulte www.azblue.com o llame al 1-877-475-8440.	Este <u>plan</u> tiene una <u>red</u> de proveedores. Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del plan. Usted pagará la cantidad máxima 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 proveedor y lo que paga su <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un proveedor <u>fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique esto con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita un <u>referido</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro suceden luego de que se haya pagado su deducible, en el caso de que se aplique un deducible.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta con su <u>médico de atención primaria</u> para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	El <u>copago</u> por los exámenes oftalmológicos de rutina es de \$25. El <u>copago</u> de especialista se aplica a la mayoría de los servicios quiroprácticos. Se cubren otros servicios quiroprácticos <u>dentro de la red</u> sin cargo después del <u>deducible</u> . El diagnóstico del proveedor y los códigos de los procedimientos determinan si un servicio es preventivo. No se aplica el costo compartido para mamografías, colonoscopías y sigmoidoscopías <u>dentro de la red</u> . Únicamente las mamografías, las colonoscopías, las sigmoidoscopías (no se aplica el <u>deducible</u>) y las vacunas para viajes al extranjero se cubren <u>fuera de la red</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		
	<u>Atención preventiva/ evaluaciones/vacunas</u>	<u>Copago</u> de visita al consultorio o 35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	La mayoría de los servicios no se cubren. Si se cubren, 50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> , o se aplica un 35% de <u>coseguro</u>		No se aplica el <u>costo compartido</u> si solo se reciben servicios de laboratorio durante la visita al consultorio médico y se usan laboratorios clínicos independientes contratados. No se aplica el <u>costo compartido</u> si se reciben radiografías de diagnóstico en centros de radiología independientes contratados o en centros para pacientes ambulatorios. El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y estado en la <u>red</u> . Los servicios profesionales de radiólogos, patólogos y dermohistopatólogos están pagados en un 100%.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	
Si necesita un medicamento Para obtener más información sobre la <u>cobertura de las recetas médicas</u> , visite www.azblue.com	<u>Medicamentos recetados del nivel 1</u>	\$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>saldo de facturación</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Algunos medicamentos requieren <u>precertificación</u> y no tendrán cobertura sin ella. El suministro de 90 días por pedido por correo cuesta 2 <u>copagos</u> . Los pedidos por correo no cubren <u>fuera de la red</u> .
	<u>Medicamentos recetados del nivel 2</u>	\$40 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>saldo de facturación</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos recetados del nivel 3</u>	\$75 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$75 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>saldo de facturación</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos especiales autoinyectables</u>	<u>Copagos</u> (no se aplica el <u>deducible</u>): Nivel A: \$30 Nivel B: \$60 Nivel C: \$90 Nivel D: \$120	Sin cobertura	Los <u>copagos de medicamentos especializados</u> cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin <u>precertificación</u> .

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Arancel de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Arancel del médico/cirujano			
Si necesita atención inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	\$250 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		Si el paciente es ingresado en el hospital, no se aplica el <u>copago</u> .
	<u>Traslado por emergencia médica</u>	35% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		Ninguna
	<u>Atención urgente</u>	\$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	El <u>copago</u> se aplica únicamente a los centros contratados específicamente para proveer atención urgente.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Se requiere <u>precertificación</u> . Cargo de \$300, que no se aplica al <u>límite de gastos del bolsillo</u> , si no se obtiene <u>precertificación</u> para internación <u>fuera de la red</u> . Arancel de acceso adicional de \$1,000 para todas las cirugías bariátricas.
	Arancel del médico/cirujano			
	Atención a largo plazo para enfermos agudos (LTAC)	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 365 días	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Se requiere <u>precertificación</u> . Cargo de \$300 si no se obtiene <u>precertificación</u> para internación <u>fuera de la red</u> .
Si necesita servicios por problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$15 por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> , o se aplica un 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	El <u>copago</u> se aplica a las visitas a clínicas sin cita previa, domiciliarias y al consultorio. El <u>coseguro</u> se aplica a todas las demás ubicaciones.
	Servicios para <u>pacientes internados</u>	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Se requiere <u>precertificación</u> . Cargo de \$300, que no se aplica al <u>límite de gastos del bolsillo</u> , si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> , o se aplica un 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Además del <u>copago</u> inicial, no se aplica el costo compartido <u>dentro de la red</u> para el arancel general del médico y las visitas al consultorio y a domicilio que realice el médico. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> ,
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento			

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
	Servicios en centros para parto y alumbramiento	35% de <u>coseguro</u>		o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del <u>SBC</u> (es decir, ultrasonido).
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar/</u> <u>terapia de infusión en el hogar</u>	35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Algunos medicamentos requieren <u>precertificación</u> y no tendrán cobertura sin ella.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> • EAR = Centro de <u>rehabilitación</u> activa extendida • PT/OT/HT/ST= Terapia física, ocupacional, auditiva y del habla	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 120 días en un centro de rehabilitación activa extendida PT/OT/HT/ST: \$50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Se requiere <u>precertificación</u> para la admisión en el centro. Cargo de \$300 si no se obtiene <u>precertificación</u> para internación <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<u>Cuidado de enfermería especializado en un centro de enfermería especializado (SNF)</u>	35% de <u>coseguro</u> , excepto un 50% de <u>coseguro</u> después de los 180 días	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> , o se aplica un 35% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y estado <u>en la red</u> .
	<u>Cuidado de hospicio</u>	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo, excepto el <u>saldo de facturación</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>saldo de facturación</u>	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos
	Consulta dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Trastornos del espectro autista (ASD): servicios relacionados con el tratamiento de los trastornos del espectro autista, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Atención que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra
- Tratamientos experimentales o de investigación con las excepciones que se establezcan en el plan
- Anteojos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios y tratamiento para el pie plano
- Análisis cromosómicos y genéticos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de recuperación de las habilidades
- Audífonos, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Servicios homeopáticos
- Tratamiento de infertilidad y fertilidad, incluidos los servicios reproductivos y genéticos
- Atención a largo plazo, excepto la atención para enfermos agudos a largo plazo
- Terapia de masajes, aparte de la permitida por las pautas de cobertura médica
- Servicios de naturopatía
- Medicamentos pedidos por correo adquiridos fuera de la red y medicamentos especiales adquiridos fuera de la red
- Atención preventiva fuera de la red, excepto las mamografías, sigmoidoscopías, colonoscopías y vacunas para viajes al extranjero
- Servicios de enfermería privada
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cuidado de los pies de rutina
- Los servicios, pruebas y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica
- Servicios y tratamiento para la disfunción sexual
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan).

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de la vista de rutina

Su derecho para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura luego de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, puede comunicarse 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.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal, puede comunicarse 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.
- Las normas federales de continuidad de cobertura COBRA no cubren los planes eclesiásticos. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona (al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix) sobre sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal.

Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura individual de seguro adquirida a través de un mercado de seguro médico. Para obtener más información acerca del mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su plan por una denegación de una reclamación. A esta reclamación se la conoce como queja o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para enviar una reclamación, apelación, o una queja por cualquier motivo relacionado con su plan. Para obtener más información acerca de sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-877-475-8440. También puede comunicarse 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. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal y planes eclesiásticos que sean planes de salud grupales, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-877-475-8440. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá efectuar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de que usted tiene cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan alcanza los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no alcanza los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal en la prima a fin de ayudarle a pagar un plan a través del mercado.

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos sobre cómo cubriría este plan los servicios médicos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del proveedor y otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en cobertura por miembro solamente.

Peg está por tener un bebé (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de la enfermedad)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)
<ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan \$6,000 ■ Copago por visita al especialista \$50 ■ Coseguro del centro hospitalario 35% ■ Otro coseguro 35% 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan \$6,000 ■ Copago por visita al especialista \$50 ■ Coseguro del centro hospitalario 35% ■ Otro coseguro 35% 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan \$6,000 ■ Copago por visita al especialista \$50 ■ Coseguro del centro hospitalario 35% ■ Otro coseguro 35%
<p>Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio de un <u>especialista</u> (<i>cuidado prenatal</i>) Servicios profesionales de parto y alumbramiento Servicios en centros para parto y alumbramiento <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Visita al <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)</p>	<p>Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluida la educación sobre la enfermedad</i>) <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos recetados</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>medidor de glucosa</i>)</p>	<p>Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: <u>Atención en la sala de emergencia</u> (<i>incluidos los suministros médicos</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>terapia física</i>)</p>
Costo total del ejemplo	Costo total del ejemplo	Costo total del ejemplo
\$12,700	\$7,400	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:	En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:	En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:
<i>Costos compartidos</i>	<i>Costos compartidos</i>	<i>Costos compartidos</i>
<u>Deducibles</u>	<u>Deducibles</u>	<u>Deducibles</u>
\$6,000	\$90	\$40
<u>Copagos</u>	<u>Copagos</u>	<u>Copagos</u>
\$200	\$1,100	\$500
<u>Coseguro</u>	<u>Coseguro</u>	<u>Coseguro</u>
\$1,000	\$0	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>
<u>Límites o exclusiones</u>	<u>Límites o exclusiones</u>	<u>Límites o exclusiones</u>
\$60	\$60	\$0
El total que Peg pagaría es de	El total que Joe pagaría es de	El total que Mia pagaría es de
\$7,260	\$1,250	\$740

El plan sería responsable de otros costos de estos servicios cubiertos que sirven como EJEMPLO.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al (602) 864-4884 si habla español y al 1 (877) 475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

Si cree que BCBSAZ no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ, dirigida a: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, (602) 864-2288, TTY/TDD (602) 864-4823, crc@azblue.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.