



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluekc.com/ksppo o llame al 1-877-410-6716. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-877-410-6716 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$5,000 por individuo / \$10,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$6,500 por individuo / \$13,000 por familia. Para proveedores fuera de la red : \$13,000 por individuo / \$26,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.BlueKC.com/pcb o llame al 1-877-410-6716 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Otros servicios/procedimientos realizados en el consultorio de un médico están sujetos al nivel de coseguro y deducible de la red (excepto los servicios de laboratorio).
	Consulta con un especialista	\$70 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Las mismas limitaciones que para la atención primaria.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Análisis de sangre: Sin cargo si se realiza en el laboratorio independiente/consultorio de un proveedor dentro de la red https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/-network-provider .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.bluekc.com/2027Premi um .	Medicamentos genéricos	RxPremier: Por venta minorista: \$15 de copago por surtido, no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$37.50 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Por venta minorista: \$15 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$37.50 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible	Es posible que se requiera autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de marca preferidos	RxPremier: Por venta minorista: \$70 de copago por surtido, no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$175 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Por venta minorista: \$70 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$175 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible	Es posible que se requiera autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	RxPremier: Por venta minorista: \$110 de copago por surtido, no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$275 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Por venta minorista: \$110 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible ; Por pedido por correo: \$275 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible	Es posible que se requiera autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo).
	Medicamentos de especialidad	Medicamentos de especialidad genéricos: \$15 de copago por surtido, no se aplica el deducible ; Medicamentos de especialidad preferidos: \$110 de copago por surtido, no se aplica el deducible ; Medicamentos de especialidad no preferidos: \$200 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Medicamentos de especialidad genéricos: \$15 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible ; Medicamentos de especialidad preferidos: \$110 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible ; Medicamentos de especialidad no preferidos: \$200 de copago por surtido, luego 50% de coseguro , no se aplica el deducible	Es posible que se requiera autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Las recetas médicas de medicamentos de especialidad deberán surtirse en una farmacia de especialidad designada y se limitan a un suministro de 34 días.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Algunas cirugías y servicios para pacientes ambulatorios deben estar previamente autorizados. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 de copago por visita, luego deducible , luego 20% de coseguro	\$250 de copago por visita, luego deducible dentro de la red , luego 20% de coseguro	No se aplica el copago si el paciente es ingresado en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro después del deducible dentro de la red	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$70 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Las mismas limitaciones que para la atención primaria.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$35 de copago por visita, no se aplica el deducible ; terapia en el consultorio del proveedor : \$35 de copago por visita, no se aplica el deducible ; Terapia en un centro: 20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$70 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). Usted debe pagar el copago por visita al consultorio por cada visita a un médico por complicaciones del embarazo . Solo se aplicará un copago por visita al consultorio para servicios obstétricos por parte de un médico, por embarazo.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 60 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Fisioterapia, terapia ocupacional y manipulaciones esqueléticas: máximo de 60 visitas combinadas por año calendario. Terapia del lenguaje y la audición: máximo de 20 visitas combinadas por año calendario.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Consulte Límites de los servicios de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 30 días por año calendario. Se requiere autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa . Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 14 días de por vida en un centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Se requiere autorización previa para los servicios recibidos en un centro para pacientes hospitalizados. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$20 de copago por visita, no se aplica el deducible	\$20 de copago por visita, no se aplica el deducible	Límite de un examen de la vista por año calendario. Límite de un beneficio máximo de \$45 por año calendario fuera de la red .
	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](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| ● Aborto (excepto cuando la vida de la madre se encuentra en peligro) | ● Acupuntura | ● Cirugía bariátrica |
| ● Cirugía estética | ● Atención dental | ● Audífonos |
| ● Tratamiento para la infertilidad | ● Atención a largo plazo | ● Atención de los pies de rutina |
| ● Programas de pérdida de peso | | |

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

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| ● Atención quiropráctica | ● Cobertura brindada fuera de los Estados Unidos.
Consulte www.bluekc.com/ksppo | ● Servicios de enfermería privada |
| ● Atención de la vista de rutina limitada a un examen de la vista por año calendario | | |

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: Blue Cross and Blue Shield of Kansas City al 816-395-2953 o www.BlueKC.com, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) www.dol.gov/ebsa/healthreform, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov, los [planes](#) eclesiásticos no están cubiertos por las normas federales de continuidad de cobertura COBRA. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con su regulador estatal de seguros acerca de sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov 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 su [plan](#) al 1-888-989-8842, el Departamento de Seguros de Kansas al 800-432-2484, o en www.insurance.kansas.gov, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/agencies/ebsa.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

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

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

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

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	\$5,000
■ Copago al especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$5,000
Copagos	\$80
Coseguro	\$800

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$5,940
-----------------------------	---------

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	\$5,000
■ Copago al especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	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](#)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Joe pagaría es	\$1,700
-----------------------------	---------

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Copago al especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#)

(incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$2,300
Copagos	\$400
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$2,700
-----------------------------	---------

La discriminación va contra las leyes

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-395-7126.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Blue KC 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-844-395-7126.

Blue KC:

- Proporciona ayuda y servicios sin cargo para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, 844-395-7126 (número gratuito), languagehelp@bluekc.com.

