

## Magna International, Inc.

Enhanced PPO

Cobertura: Individual/Familiar

Tipo de plan: PPO



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC, se muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** la información acerca del costo de este plan (denominada prima) se proporcionará por separado.

**Esto es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de su cobertura, o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.bcbsm.com](http://www.bcbsm.com) o llame al 1-888-890-4943. Para consultar definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldos, 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 1-888-890-4943 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                                                | Respuestas                                                                                                                                      |                                          | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | Dentro de la red                                                                                                                                | Fuera de la red                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                                                                | \$200 Individual/<br>\$400 Familiar                                                                                                             | \$800 Individual/<br>\$1,600 Familiar    | Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto de <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su 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 <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.                                                                                                                                                                                 |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?                                            | Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .                                      |                                          | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto de <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 determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <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> .                                                         |
| ¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                                                         | No.                                                                                                                                             |                                          | Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Cuál es el <u>límite a cargo del miembro de este plan</u> ?<br>(Puede incluir un monto máximo de <u>coseguro</u> ). | \$2,000 Individual/<br>\$4,000 Familiar                                                                                                         | \$7,500 Individual/<br>\$14,000 Familiar | El <u>límite a cargo del miembro</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites a cargo del miembro</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite a cargo del miembro</u> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite a cargo del miembro</u> ?                                            | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> , cualquier multa de <u>farmacia</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.    |                                          | Aunque usted pague estos gastos, no se tienen en cuenta para el <u>límite a cargo del miembro</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                                                                 | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.bcbsm.com">www.bcbsm.com</a> o llame al 1-888-890-4943. |                                          | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldos</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los servicios de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?                                            | No.                                                                                                                                             |                                          | Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que aparecen en este cuadro son después de alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

| Suceso médico frecuente                                                                                                                                                                                                                                        | Servicios que posiblemente necesite                                                                                            | Qué pagará usted                                                                                                                                             |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)                                                                                                                | Proveedor fuera de la red (pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si visita una clínica o consultorio de un proveedor de atención médica</b>                                                                                                                                                                                  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                                                | <u>Copago</u> de \$20/visita al consultorio; no se aplica un <u>deducible</u>                                                                                | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Visita al <u>especialista</u>                                                                                                  | <u>Copago</u> de \$20/visita; no se aplica un <u>deducible</u> .                                                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunación</u>                                                                   | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .                                                                                                                | Sin cobertura                                | Es posible que usted deba pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, averigüe qué pagará su <u>plan</u> . |
| <b>Si le realizan una prueba</b>                                                                                                                                                                                                                               | <u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)                                                                  | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .                                                                                                                | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía computarizada por emisión de positrones y resonancia magnética) | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .                                                                                                                | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Puede requerir <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> o llamando al 800-818-6632 | Medicamentos genéricos o de venta libre recetados                                                                              | Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 20%; mín. de \$4 y un máx. de \$25<br>Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 15%; mín. de \$8 y un máx. de \$50      |                                              | Límites de cantidad, edad y autorización previa para algunos medicamentos; días límite de suministro en venta minorista y pedido por correo pueden aplicarse.                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos                                                                                               | Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 25%; mín. de \$20 y un máx. de \$60<br>Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 20%; mín. de \$40 y un máx. de \$120   |                                              |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                            | Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$75 y un máx. de \$150<br>Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$150 y un máx. de \$300 |                                              |                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                  | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                      | <u>Coseguro</u> del 20%                                                                                                                                      | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | Honorarios del médico/cirujano                                                                                                 | <u>Coseguro</u> del 20%                                                                                                                                      | <u>Coseguro</u> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                            |

| Suceso médico frecuente                                                                            | Servicios que posiblemente necesite                | Qué pagará usted                                                                    |                                                                                     | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    |                                                    | Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)                                       | Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata                                                              | <u>Atención en la sala de emergencias</u>          | <u>Copago</u> de \$150/visita; luego, <u>coseguro</u> del 20% después del deducible | <u>Copago</u> de \$150/visita; luego, <u>coseguro</u> del 20% después del deducible | No corresponde el <u>copago</u> si fue admitido.                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                    | <u>Transporte médico de emergencia</u>             | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | Se aplican límites para el millaje.                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                    | <u>Atención de urgencias</u>                       | <u>Copago</u> de \$20/visita; no se aplica un <u>deducible</u> .                    | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si lo internan                                                                                     | Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital) | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                    | Honorarios del médico/cirujano                     | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) | Servicios para pacientes ambulatorios              | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .                                       | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Su parte del costo puede ser diferente para los servicios prestados en un consultorio.                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                    | Servicios hospitalarios                            | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si está embarazada                                                                                 | Visitas al consultorio                             | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .                                       | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ecografía) y, según el tipo de servicios, se pueden aplicar <u>costos compartidos</u> . No se aplican <u>costos compartidos</u> a los <u>servicios preventivos</u> . |
|                                                                                                    | Servicios profesionales para partos/nacimientos    | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                    | Servicios del centro para partos/nacimientos       | <u>Coseguro</u> del 20%                                                             | <u>Coseguro</u> del 40%                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| Suceso médico frecuente                                                                    | Servicios que posiblemente necesite         | Qué pagará usted                              |                                               | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                             | Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)  |                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>          | <u>Coseguro</u> del 20%                       | <u>Coseguro</u> del 20%                       | Se requiere la certificación del médico.                                                                                                                         |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | <u>Coseguro</u> del 20%                       | <u>Coseguro</u> del 40%                       | La fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional están limitadas a un máximo combinado de 60 visitas por miembro por año calendario.                     |
|                                                                                            | <u>Servicios de habilitación</u>            | <u>Coseguro</u> del 20%                       | <u>Coseguro</u> del 40%                       | Tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA) para autismo: cuando lo presta un analista conductual certificado (LBA), sujeto a <u>autorización previa</u> . |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u> | <u>Coseguro</u> del 20%                       | <u>Coseguro</u> del 20%                       | Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitada a un máximo de 120 días por miembro, por año calendario.                                                       |
|                                                                                            | <u>Equipo médico duradero</u>               | <u>Coseguro</u> del 20%                       | <u>Coseguro</u> del 40%                       | Excluye equipos para baños, ejercicios y de lujo, y artículos de comodidad y conveniencia. Se requiere receta.                                                   |
|                                                                                            | <u>Servicios de cuidados paliativos</u>     | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> . | Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> . | Se requiere la certificación del médico. Visitas ilimitadas.                                                                                                     |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                                   | Exámenes oculares para niños                | Sin cobertura                                 | Sin cobertura                                 | Ninguna                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | Anteojos para niños                         | Sin cobertura                                 | Sin cobertura                                 | Ninguna                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | Exámenes dentales para niños                | Sin cobertura                                 | Sin cobertura                                 | Ninguna                                                                                                                                                          |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y un listado de otros servicios excluidos).**

- Cirugía estética
- Atención dental (adulto)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Programas para adelgazar

**Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar límites a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).**

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite <http://provider.bcbs.com>
- Atención que no sea de emergencia cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos.
- Servicios de enfermería privada
- Atención de los pies de rutina

**Sus derechos de continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar la cobertura después de que esta finaliza.

La información de contacto para esas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, interno 61565, o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamando al 1-888-890-4943. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguro médico. Para obtener más información acerca del Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de queja formal y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por rechazar un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan 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 o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Blue Cross® and Blue Shield® of Michigan, llamando al 1-888-890-4943.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar la apelación. Comuníquese con el Michigan Health Insurance Consumer Assistance Program (HICAP), Department of Insurance and Financial Services, P. O. Box 30220, Lansing, MI 48909-7720, <http://www.michigan.gov/difs> o [difs-HICAP@michigan.gov](mailto:difs-HICAP@michigan.gov).

**¿Este plan proporciona una Cobertura básica mínima? Sí.**

La Cobertura básica mínima en general incluye los planes, el seguro médico disponible a través del mercado u otras pólizas individuales que haya en el mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de Cobertura básica mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de una prima.

**¿Este plan satisface Estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su plan no satisface los Estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal de una prima para ayudarlo a pagar por un plan a través del mercado. (IMPORTANTE: Blue Cross Blue Shield of Michigan asume que su cobertura abarca todas las categorías de Beneficio de salud básico [EHB] según la definición del estado de Michigan. El valor mínimo de su plan puede verse afectado si su plan no cubre ciertas categorías de EHB, como medicamentos recetados, o si su plan proporciona cobertura de categorías de EHB específicas, por ejemplo, medicamentos recetados, a través de otra compañía de seguros).

**Servicios lingüísticos de acceso: Consulte el Anexo**

---

*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:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán según la atención real que reciba, el precio que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual personal.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y el parto en un hospital)

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u> | \$200 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>     | \$20  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)     | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                      | 0%    |

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para partos/nacimientos  
 Servicios del centro para partos/nacimientos  
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costos compartidos</u>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$200          |
| <u>Copagos</u>                     | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                    | \$1,700        |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$70           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,970</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u> | \$200 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>     | \$20  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)     | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                      | 0%    |

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*que incluyen educación sobre la enfermedad*)  
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
Medicamentos recetados  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <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>                     | \$100          |
| <u>Coseguro</u>                    | \$100          |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$3,500        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,900</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u> | \$200 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>     | \$20  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)     | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                      | 0%    |

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Pruebas diagnósticas (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

| <u>Costos compartidos</u>          |              |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$200        |
| <u>Copagos</u>                     | \$40         |
| <u>Coseguro</u>                    | \$400        |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |              |
| Límites o exclusiones              | \$10         |
| <b>El total que Mía pagaría es</b> | <b>\$650</b> |

Si también tiene cobertura de un plan tipo cuenta, como un acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA) integrados, un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) o una cuenta de ahorros para la salud (HSA), puede tener acceso a fondos adicionales para ayudar a cubrir ciertos gastos a cargo del miembro, como el deducible, los copagos o el coseguro o beneficios que no estén cubiertos de otro modo.

El plan será responsable de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.



## ADDENDUM – LANGUAGE ACCESS SERVICES and NON-DISCRIMINATION

**We speak your language**

If you, or someone you're helping, needs assistance, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call the Customer Service number on the back of your card, or 877-469-2583, TTY: 711 if you are not already a member.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, necesita asistencia, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al número telefónico de Servicio al cliente, que aparece en la parte trasera de su tarjeta, o 877-469-2583, TTY: 711 si usted todavía no es un miembro.

إذا كنت أنت أو شخص آخر تساعد بحاجة للمساعدة، فلدك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقتك، أو برقم 711: 2583-469-877. إذا لم تكن مستركا بالفعل.

如果您，或是您正在協助的對象，需要協助，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。要洽詢一位翻譯員，請撥在您的卡背面的客戶服務電話；如果您還不是會員，請撥電話 877-469-2583。TTY: 711。

[illegible]

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, cần trợ giúp, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số Dịch vụ Khách hàng ở mặt sau thẻ của quý vị, hoặc 877-469-2583, TTY: 711 nếu quý vị chưa phải là một thành viên.

Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka nevojë për asistencë, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin e Shërbimit të Klientit në anën e pasme të kartës tuaj, ose 877-469-2583, TTY: 711 nëse nuk jeni ende një anëtar.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 사람이 지원이 필요하다면, 귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 대화하려면 귀하의 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하거나, 이미 회원이 아닌 경우 877-469-2583, TTY: 711로 전화하십시오.

যদি আপনার, বা আপনি সাহায্য করছেন এমন কারো, সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। কোনো একজন দোভাষীর সাথে কথা বলতে, আপনার কার্ডের পেছনে দেওয়া গ্রাহক সহায়তা নম্বরে কল করুন বা 877-469-2583, TTY: 711 যদি ইতোমধ্যে আপনি সদস্য না হয়ে থাকেন।

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, potrzebujecie pomocy, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer działu obsługi klienta, wskazanym na odwrocie Twojej karty lub pod numer 877-469-2583, TTY: 711. Jeżeli jeszcze nie masz członkostwa.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Unterstützung benötigt, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer des Kundendienstes auf der Rückseite Ihrer Karte an oder 877-469-2583, TTY: 711, wenn Sie noch kein Mitglied sind.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete bisogno di assistenza, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, rivolgiti al Servizio Assistenza al numero indicato sul retro della tua scheda o chiama il 877-469-2583, TTY: 711 se non sei ancora membro.

ご本人様、またはお客様の身の回りの方で支援を必要とされる方でご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合はお持ちのカードの裏面に記載されたカスタマーサービスの電話番号（メンバーでない方は877-469-2583、TTY: 711）までお電話ください。

Если вам или лицу, которому вы помогаете, нужна помощь, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по номеру телефона отдела обслуживания клиентов, указанному на обратной стороне вашей карты, или по номеру 877-469-2583. ТТУ: 711, если у вас нет членства.

Ukoliko Vama ili nekome kome Vi pomažete treba pomoć, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na svom jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, pozovite broj korisničke službe sa zadnje strane kartice ili 877-469-2583. TTY: 711 ako već niste član.

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay nangangailangan ng tulong, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa numero ng Customer Service sa likod ng iyong tarheta, o 877-469-2583, TTY: 711 kung ikaw ay hindi pa isang miyembro.

### Important disclosure

Blue Cross Blue Shield of Michigan and Blue Care Network comply with Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross Blue Shield of Michigan and Blue Care Network provide free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and information in other formats. If you need these services, call the Customer Service number on the back of your card, or 877-469-2583, TTY: 711 if you are not already a member. If you believe that Blue Cross Blue Shield of Michigan or Blue Care Network has failed to provide services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance in person, by mail, fax, or email with: Office of Civil Rights Coordinator, 600 E. Lafayette Blvd., MC 1302, Detroit, MI 48226, phone: 888-605-6461, TTY: 711, fax: 866-559-0578, email: [CivilRights@bcbsm.com](mailto:CivilRights@bcbsm.com). If you need help filing a grievance, the Office of Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail, phone, or email at: U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, phone: 800-368-1019, TTD: 800-537-7697, email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.