

 **Este es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <https://eoc.empireblue.com/eocdps/aso> o en el sitio web de beneficios de RF (www.rfsuny.org/benefits) o llamando al 1-800-563-0317.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red, ninguno. Para proveedores fuera de la red: \$1,000/ por una persona \$2,500/ por familia	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber la fecha en que comienza el deducible (normalmente, aunque no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance los deducibles correspondientes a servicios específicos; no obstante, consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Para proveedores dentro de la red: \$4,224 por una persona/ \$10,560 por familia; esto incluye el deducible mencionado anteriormente. Para proveedores fuera de la red: \$4,000 por una persona/ \$10,000 por familia; esto incluye el deducible mencionado anteriormente.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos correspondientes a facturación de saldo y atención médica que no cubra este plan.	Aunque usted pague estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	En la tabla que comienza en la página 2 se describen los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> ; por ejemplo, visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Si desea obtener un listado de los proveedores dentro de la red , visite www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317.	Si consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un proveedor fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para hacer referencia a los proveedores que pertenecen a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de permiso de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los servicios excluidos .



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$20/visita	20% de coseguro	Los consultorios externos de hospitales no están cubiertos.
	Consulta con un especialista	\$20/visita	20% de coseguro	

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Empire BlueCross Research Foundation of SUNY: Traditional PPO

Ejemplos de cobertura

Duración de la póliza: 01/01/2017 – 12/31/2017

Cobertura de: Individual/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$20/visita	20% de coseguro	
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	20% de coseguro	
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$20/visita	20% de coseguro	————ninguna————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$20/visita	20% de coseguro	————ninguna————
Si necesita un medicamento Los siguientes beneficios son proporcionados y administrados por Express Scripts, una compañía independiente que no proporciona productos ni servicios de Blue Cross y que no está afiliada de ningún modo con Empire Blue Cross. Express Scripts solo es responsable de sus servicios y sus productos. El resumen que se proporciona a continuación es solo para la comodidad de los miembros. Todas las preguntas sobre esta sección deben dirigirse a Express Scripts, llamando al 1-800-251-7690.	Medicamentos genéricos	\$10/receta para venta minorista y entrega a domicilio	La cantidad que supere la asignación del plan	Límites de los suministros: 30 días para venta minorista 90 días para entrega a domicilio Se aplican normas especiales para los medicamentos especiales; consulte la sección sobre medicamentos especiales.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25/receta para venta minorista, \$50 para entrega a domicilio	La cantidad que supere la asignación del plan	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$45/receta para venta minorista, \$90 para entrega a domicilio	La cantidad que supere la asignación del plan	
	Medicamentos especiales	Llame a: Express Scripts 1-800-251-7690	La cantidad que supere la asignación del plan	

19

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Empire BlueCross
Research Foundation of SUNY: Traditional PPO

Ejemplos de cobertura

Duración de la póliza: 01/01/2017 – 12/31/2017

Cobertura de: Individual/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere la certificación previa.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro	ninguna
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$50/admisión	\$50/admisión	Sin copago si el paciente es admitido dentro de las 24 horas.
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	ninguna
	Cuidado urgente	\$20/visita	20% de coseguro	ninguna
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$100/admisión	20% de coseguro	Dentro de la red: hasta un máximo de \$250
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro	ninguna
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$20/visita	20% de coseguro	El tratamiento de salud del comportamiento está sujeto a una revisión previa a la prestación del servicio.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$100/admisión	20% de coseguro	Dentro de la red: hasta un máximo de \$250
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$20/visita	20% de coseguro	Sujeto a revisión previa a la prestación del servicio.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$100/admisión	20% de coseguro	Dentro de la red: hasta un máximo de \$250

Preguntas: Llame al **1-800-563-0317** o visite **www.empireblue.com**. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.empireblue.com** o llame al **1-800-563-0317** y pida una copia.

Empire BlueCross Research Foundation of SUNY: Traditional PPO

Ejemplos de cobertura

Duración de la póliza: 01/01/2017 – 12/31/2017

Cobertura de: Individual/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$20/visita	20% de coseguro	————ninguna————
	Parto y todos los servicios de internación	\$100/admisión	20% de coseguro	Dentro de la red: hasta un máximo de \$250
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	20% de coseguro	Hasta 200 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	\$20/visita	20% de coseguro	Límites de las terapias: Terapia física: 60 visitas como paciente internado/ 90 visitas como paciente ambulatorio, terapia ocupacional/del habla: 60 visitas combinadas por año calendario.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$20/visita	20% de coseguro	Todas las visitas de recuperación de las habilidades y rehabilitación se tienen en cuenta para alcanzar su límite de visitas de rehabilitación.
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta un máximo de 120 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta 210 días de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Atención quiropráctica (se aplican límites)
- Cobertura prestada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.BCBS.com/bluecardworldwide
- Dispositivos para la audición (se aplican límites)

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le ofrezcan protecciones que le permitan mantener su cobertura médica. Tales derechos pueden ser limitados en duración y exigirán el pago de una **prima**, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible, además, que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos de continuidad de la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, póngase en contacto con el plan llamando al número 1-800-563-0317. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal, con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-866-444-3272 o a través de www.dol.gov/ebsa, o bien con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-267-2323, interno 61565, o a través de www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al **1-800-563-0317** o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al **1-800-563-0317** y pida una copia.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con:

Grievance and Appeals address
P.O. Box 1407
Church Street Station,
New York, NY 10008

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo
1-866-444-EBSA (3272)
www.dol.gov/ebsa/healthreform

Asimismo, un programa de ayuda al consumidor puede ayudarlo en la presentación de su apelación. Comuníquese con:

23 Community Service Society of New York, Community Health Advocates
105 East 22nd Street, 8th floor
New York, NY 10010
(888) 614-5400
<http://www.communityhealthadvocates.org/>

¿Esta cobertura proporciona una cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) requiere que la mayor parte de las personas cuenten con una cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona una cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) establece un estándar de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple con el estándar de valor mínimo respecto de los beneficios que proporciona.**

Preguntas: Llame al **1-800-563-0317** o visite **www.empireblue.com**.
Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario
en **www.empireblue.com** o llame al **1-800-563-0317** y pida una copia.

Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

(TTY/TDD: 711)

Albanés (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (855)333-5734

Amárico (አማርኛ):- ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (855)333-5734 ይደውሉ።

Arabic (العربية): إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (855)333-5734.

Armenio (հայերեն). Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855)333-5734:

24

Bassa (Básà Wùdù): M̄ dyi dyi-diè-djé b̄é b̄é djé bá céè-djé nià ke dyí ní, ɔ mò ni dyí-b̄é djé ìn-djé b̄é m̄ ké gbo-kpá-kpá kè b̄ǎ kp̄ǎ djé m̄ bídí-wùdù ùn b̄ó pídyi. B̄é m̄ ké wuɖu-zìin-nyò d̄ò gbo wùdù ke, dá (855)333-5734.

Bengali (বাংলা): যদি এই তথ্য পুস্তিকার বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলার জন্য কল করুন (855)333-5734

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖုန်း (855)333-5734 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Chino (中文): 如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電 (855)333-5734。

Dinka (Dinka): Na n̄ɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin n̄ɔŋ loŋ bē yi kuony ku w̄er alēu bē ḡɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin w̄eu tāäuē ke piny. Te k̄ɔr yin ba jam w̄enē ran ye thok geryic, ke yin c̄ɔl (855)333-5734.

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Holandés (Nederlands): Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (855)333-5734.

Farsi (فارسی): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (855)333-5734 تماس بگیرید.

Francés (Français): Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (855)333-5734.

Alemán (Deutsch): Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (855)333-5734.

Griego (Ελληνικά): Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (855)333-5734.

Gujarati (ગુજરાતી): જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (855)333-5734.

Criollo haitiano (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (855)333-5734.

Hindi (हिंदी): अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें (855)333-5734 ।

Hmong (White Hmong): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (855)333-5734.

Preguntas: Llame al **1-800-563-0317** o visite **www.empireblue.com**. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.empireblue.com** o llame al **1-800-563-0317** y pida una copia.

Igbo (Igbo): O bụr u na i nwere ajuju o bula gbasara akwukwo a, i nwere ikike inweta enyemaka na ozi n'asusu gi na akwughị ugwo o bula. Ka gi na okowa okwu kwuo okwu, kpoo (855)333-5734.

Ilokano (Ilokano): Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (855)333-5734.

Indonesio (Bahasa Indonesia): Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (855)333-5734.

Italiano (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (855)333-5734

Japanese (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには、(855)333-5734 にお電話ください。

26

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ (855)333-5734 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (855)333-5734.

Coreano (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면 (855)333-5734 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລັກກັບລາມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (855)333-5734.

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idíilkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehj̄ bee nił hodoonih t'áadoo bááh ilinígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'i' hadeesdzih nínizingo koj̄' hodiilnih (855)333-5734.

Nepali (नेपाली): यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् (855)333-5734

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (855)333-5734 bilbilla.

Alemán de Pensilvania (Deutsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (855)333-5734 aa.

Polaco (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (855)333-5734.

Portugués (Português): Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para (855)333-5734.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (855)333-5734 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Romanian (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (855)333-5734.

Russian (Русский): Если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (855)333-5734.

Samoano (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totogi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (855)333-5734.

Preguntas: Llame al **1-800-563-0317** o visite **www.empireblue.com**. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.empireblue.com** o llame al **1-800-563-0317** y pida una copia.

Serbio (Srpski): Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (855)333-5734.

Español: Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (855)333-5734.

Tagalo (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (855)333-5734.

Tailandés (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (855)333-5734 เพื่อพูดคุยกับล่าม

Ukrainian (Українська): якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером: (855)333-5734.

Urdu (اردو): اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، (855)333-5734 پر کال کریں۔

Vietnamita (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (855)333-5734.

(Yiddish) (אידיש): אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (855)333-5734.

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyí ibèrè nípa àkòsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe (855)333-5734.

Preguntas: Llame al 1-800-563-0317 o visite www.empireblue.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.empireblue.com o llame al 1-800-563-0317 y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

29

Nacimiento (parto normal)

- **El proveedor cobra: \$7,540**
- **El plan paga \$6,950**
- **Usted paga \$590**

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$440
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$590

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra: \$5,400**
- **El plan paga \$4,580**
- **Usted paga \$820**

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$740
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$820

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.