



El documento de Summary of Benefits and Coverage (SBC, resumen de beneficios y cobertura) le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC muestra de qué manera usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado “[prima](#)”) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-833-242-3330 o visite at www.carpentersfund.org. Para obtener una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o puede llamar al 1-833-242-3330 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$500 por persona/\$1,000 por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta cubrir la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con sus propios deducibles individuales hasta que el monto total de gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de usted cumpla con el deducible ?	Sí. Atención preventiva dentro de la red y cualquier otro servicio incluido en la SBC que indique “No se aplica el deducible ”.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del deducible . Pero podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de atención preventiva sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios de atención preventiva cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar un deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores \$3,200 por persona/\$6,400 por familia; para proveedores fuera de la red \$4,300 por persona/\$8,600 por familia. Límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados en farmacias dentro de la red : \$3,600 por persona/\$7,200 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagaría por año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos de facturación del saldo y la atención médica que este plan no cubre, además de penalidades previas a la autorización .	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo .

¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite https://provider.bcbs.com o llame al 1-833-242-3330 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que el plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar algún proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede consultar a cualquier especialista que desee sin necesidad de una remisión.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de que se ha cumplido con su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad máxima)	
Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago por visita No se aplica el deducible	40% de coseguro	---No hay---
	Visitas al especialista	\$40 de copago por visita No se aplica el deducible	40% de coseguro	---No hay---
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	40% de coseguro	Podría tener que pagar por los servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan . Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia.
Si se hace una prueba o análisis	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	40% de coseguro	---No hay---
	Estudios de imágenes (computed tomography scan [CT, tomografía computarizada]/positron emission tomography scan [PET, tomografía por emisión de positrones], magnetic resonance imaging [MRI, resonancia magnética])	30% de coseguro	40% de coseguro	---No hay---

* * Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en www.carpentersfund.org

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad máxima)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos	Farmacias minoristas: \$8 de copago por visita Pedido por correo: \$16 de copago por receta	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Límite para farmacias minoristas: suministro para 34 días. Límite para pedido por correo: suministro para 90 días. Paga el copago más la diferencia en costos para medicamentos de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Sin costo para los medicamentos preventivos genéricos requeridos por la Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio); o para un medicamento preventivo de marca si el medicamento genérico no es medicamento apropiado. Los medicamentos de mantenimiento, después de 3 surtidos, deben recogerse en tienda (solo en CVS) o por pedido por correo. No se aplica el deducible . Puede encontrar más información sobre los medicamentos especializados en www.accredio.com .
	Medicamentos de marca preferida	30% de coseguro en farmacias minoristas Farmacias minoristas: mínimo de \$25/máximo de \$50 Pedido por correo: mínimo de \$63/máximo de \$125	Sin cobertura	
	Medicamentos no preferidos	30% de coseguro en farmacias minoristas Farmacias minoristas: mínimo de \$40/máximo de \$80 Pedido por correo: mínimo de \$100/máximo de \$200	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	30% de coseguro mínimo de \$150/máximo de \$300	Sin cobertura	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere una certificación previa para ciertas cirugías ambulatorias. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando sea necesario.
	Honorarios de médicos/cirujanos	30% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$100 de copago por visita; no se aplica el deducible	\$100 de copago por visita; no se aplica el deducible	No se aplica el copago si se le admite; incluye estadías de observación
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	Se aplica el deducible primero.
	Atención de emergencia	\$20 de copago por visita/ especialista Atención de urgencia : \$40 de copago	40% de coseguro	El deducible y el coseguro para servicios dentro de la red aplican a los servicios además de las visitas de atención de urgencia (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad máxima)	
Si lo internan en un hospital	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.
	Honorarios de médicos/cirujanos	30% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental o de la conducta, o por uso indebido de sustancias	Servicios ambulatorios	\$20 de copago por visita; no se aplica el deducible Otros servicios ambulatorios: 20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere una certificación previa para ciertos servicios ambulatorios. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando sea necesario.
	Servicios para pacientes internados	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo para la atención prenatal y posnatal; no se aplica el deducible	40% de coseguro	Los costos compartidos no se aplican para los servicios preventivos o para ciertos servicios prenatales. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro . La atención de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC.
	Servicios profesionales de parto	30% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de centros para el parto	30% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.
	Servicios de rehabilitación	\$40 de copago por visita para terapia física y ocupacional, no se aplica el deducible ; 30% de coseguro para la terapia del habla	40% de coseguro	El deducible se aplica primero, excepto para visitas de terapia física u ocupacional dentro de la red .
	Servicios de habilitación			
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.
	Servicios en centros de cuidados paliativos	30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad máxima)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo No se aplica el deducible	Reembolso de la cantidad autorizada , hasta \$50	Límite de un examen cada 12 meses. EyeMed administra los beneficios de la vista.
	Anteojos para niños	Sin cargo No se aplica el deducible	Reembolso de hasta la cantidad autorizada	Límite de un par cada 12 meses. EyeMed administra los beneficios de la vista.
	Examen dental para niños	Sin cargo No se aplica el deducible	Sin cargo hasta la cantidad autorizada	Límite de dos exámenes por año. Delta Dental administra los beneficios dentales.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) por lo general NO cubre (consulte los documentos de su póliza o [plan](#) para obtener más información y ver una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética
- Membresías para gimnasios
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas por año calendario)
- Atención dental (adultos)
- Audífonos (límite de \$1,500 por oído por año para personas de hasta 19 años; \$1,500 por oído por 3 años para personas mayores de 19 años. Administrado por TRUhearing)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU. (consulte www.bcbsglobalcore.com).
- Atención de la vista de rutina (adultos) (administrado por EyeMed)
- Atención de rutina de los pies (solo para pacientes con una enfermedad circulatoria sistémica)

Su derecho a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration (EBSA, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) en el U. S. Department of Labor (DOL, Departamento del Trabajo de EE. UU.): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Otras opciones de cobertura podrían estar también disponibles para usted, incluso la posibilidad de adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o apelación: si tiene un reclamo con respecto a su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#), hay agencias que pueden brindarle ayuda. Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por una [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también brindan la información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#), por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, llame al 1-833-242-3330 o visite www.carpentersfund.org. También, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) del Department of Labor (Departamento del Trabajo) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario para la prima](#).

¿Este plan cumple con el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [valores mínimos estándares](#), usted podría ser elegible para recibir un [crédito tributario para las primas](#) para ayudarlo a pagar el [plan](#) a través del [Mercado de seguros](#).

* * Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en www.carpentersfund.org

Servicios de acceso al idioma:

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si usted habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-844-864-4352(TTY: 711).

Chinese: 请注意：如果您说[中文]，则可以免费使用语言协助服务。请致电 1-844-864-4352 (TTY : 711)。

Hmong: LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais LUS HMOOB, ces yuav muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau tus xov tooj 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói [người việt nam], bạn sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi 1-844-864-4352(TTY: 711).

Somali: FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid luuqada Soomaaliga, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu helayaa. Soo wac 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Arabic: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تم توفير خدمات المساعدة اللغوية مجانًا، اتصل بالرقم ١-٨٤٤-٨٦٤-٤٣٥٢ (TTY: ٧١١).

French : ATTENTION : Si vous parlez le français, des services d'assistance linguistique gratuits, vous sont proposés. Appelez le 1-844-864-4352 (ATS : 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Sprachassistent zur Verfügung. Rufen Sie unter der Nummer 1-844-864-4352 (TTY: 711) an.

Amharic: ትኩረት: [አማርኛ] የሚናገሩ ከሆነ ከክፍያ ነፃ የሆነ የቋንቋ እገልግሎት ቢገኝ ያገኛሉ። 1-844-864-4352(TTY: 711) ላይ ይጻፉ።

Korean: 주의: [한국어]를 사용하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-844-864-4352로 전화해주십시오. (TTY: 711).

Lao: ສົ່ງຄວາມສະຫງວນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ສອຄ່າ. ໂທ 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Tagalog: PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, libre na available sa iyo ang mga serbisyo sa tulong sa wika. Tumawag sa 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Navajo: Áhéhee': T'áá ał'nííł nígíí bizaad yádaaltł'i' nisin, yá'át'éehá ánida'áł nisin, ákót'éego bee hółq', bizaad yádaaltł'i' nisin dah nishłí, yaałtsoh da t'ááji'ígíí ashkíí. 1-844-864-4352 t'áá baa yásht'i'. (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកនិយាយភាសា [ខ្មែរ] មានផ្តល់សេវាកម្មជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃជូនអ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-864-4352 (TTY: 711)។

Italian: ATTENZIONE: Per coloro che parlano italiano, sono disponibili i servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare al numero 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Guajarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-864-4352 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

Polish: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-864-4352 (telefon tekstowy: 711).

Creole: ATANSYON: Si ou pale kreyòl, sèvis asistans lang yo gratis, e yo disponib pou ou. Rele nan 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala português, os serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Japanese: 注記：[日本語] 話者向けの無料の言語支援サービスを利用できます。電話 1-844-864-4352 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان در دسترس شما است. یا شماره ١-٨٤٤-٨٦٤-٤٣٥٢ تماس بگیرید (TTY: ٧١١).

Urdu: متوجہ ہوں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبان کی معاونت کی خدمات، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ ١-٨٤٤-٨٦٤-٤٣٥٢ (TTY: ٧١١) پر کال کریں۔

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-864-4352 (TY: 711) पर कॉल करें।

Telugu: ధ్యానం పెట్టండి: మీరు తెలుగు మాట్లాడగలిగితే, భాషా సహాయక సేవలు మీకు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-844-864-4352 (TTY: 711)కు కాల్ చేయండి.

Swahili: KUMBUKA: Iwapo unazungumza Kiswahili, utapata huduma za usaidizi wa lugha bila malipo. Piga simu kwa 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Ojibwe: AMBE: Giishipin wii'wiidookaagooyan ii-noondam Ojibwemowin. ganoozhishinaam 1-844-864-4352 (TTY: 711) Gawain gidaw-diba'anziin.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica concreta que usted reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted pagaría en los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia únicamente.

Peg está embarazada

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

■ Deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros para el parto
[Pruebas diagnósticas](#) (*ultrasonido y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3,260

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (incluidas sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de la glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$2,020

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$400
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,200

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

Aviso de no discriminación y Aviso de disponibilidad de asistencia y servicios de auxilio

Independence Administrators cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Tampoco excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Independence Administrators:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros e información escrita en otros formatos, por ejemplo, en letras grandes.
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles

Si usted cree que Independence Administrators no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de derechos civiles.

A continuación, se describen cuatro maneras de presentar una queja formal ante Independence Administrators:

- por correo: Independence Administrators,
ATTN: Civil Rights Coordinator, 1900 Market Street, Philadelphia, PA 19103;
- por teléfono: 844-864-4352 (TTY 711);
- por fax: 215-761-0920; o
- por correo electrónico: IACivilRightsCoordinator@ibxtpa.com.

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) a través del portal de quejas digital de la Office for Civil Rights, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.