



Makakatulong sa inyo ang dokumentong Buod ng Mga Benepisyo (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sa pagpili ng planong pangkalusugan. Ipapakita sa inyo ng SBC kung paano ninyo paghahatian ng plano ang gastos sa mga saklaw na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. TANDAAN: Hiwalay na ibibigay ang impormasyon tungkol sa gastos sa planong ito (tinatawag na premium). Ito ay isang buod lamang. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong saklaw, o para makakuha ng kopya ng mga kumpletong tuntunin ng saklaw, tumawag sa 1-888-895-6985 o sa www.bcbsil.com. Para sa mga pangkalahatang depinasyon ng mga karaniwang termino, gaya ng pinapahintulutang halaga, pagsingil sa balanse, coinsurance, copayment, deductible, provider, o iba pang may salungguhit na termino, tingnan ang Glossary. Puwede ninyong tingnan ang Glossary sa www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o tumawag sa 1-855-756-4448 para humingi ng kopya.

Mahahalagang Tanong	Mga Sagot	Bakit Ito Mahalaga:
Ano ang pangkalahatang deductible?	Nasa Network: \$750 Indibidwal / \$1,500 Pamilya Wala sa Network: \$1,500 Indibidwal / \$3,000 Pamilya	Sa pangkalahatan, dapat ninyong bayaran ang lahat ng gastos mula sa <u>mga provider</u> hanggang sa halaga ng <u>deductible</u> bago magsimula ang <u>planong ito</u> sa pagbabayad. Kung mayroon kayong iba pang miyembro ng pamilya na nasa <u>plano</u> , dapat munang matugunan ng bawat miyembro ng pamilya ang kani-kanilang indibidwal na <u>deductible</u> hanggang sa maabot ng kabuuang halaga ng mga <u>deductible</u> na gastos na binayaran ng lahat ng miyembro ng pamilya ang pangkalahatang <u>deductible</u> ng pamilya.
May mga serbisyo bang saklaw bago ninyo maabot ang inyong deductible?	Oo. Saklaw ang ilang partikular na <u>pang-iwas na pangangalaga</u> , mga serbisyong naniningil ng <u>copay</u> , at mga serbisyo sa emergency room bago ninyo maabot ang <u>deductible</u> .	Saklaw ng <u>planong ito</u> ang ilang item at serbisyo, kahit hindi pa ninyo naabot ang halaga ng <u>deductible</u> . Pero posibleng may <u>copayment</u> o <u>coinsurance</u> . Halimbawa, saklaw ng <u>planong ito</u> ang ilang partikular na <u>pang-iwas na serbisyo</u> nang walang <u>pagbabahagi ng gastos</u> at bago ninyo maabot ang inyong <u>deductible</u> . Tingnan ang isang listahan ng mga saklaw na <u>pang-iwas na serbisyo</u> sa www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
May iba pa bang deductible para sa mga partikular na serbisyo?	Hindi.	Hindi ninyo kailangang maabot ang mga <u>deductible</u> para sa mga partikular na serbisyo.
Ano ang limitasyon mula sa sariling bulsa para sa <u>planong ito</u>?	Nasa Network: \$3,500 Indibidwal / \$7,000 Pamilya Wala sa Network: \$7,000 Indibidwal / \$14,000 Pamilya	Ang <u>limitasyon</u> mula sa <u>sariling bulsa</u> ay ang pinakamataas na halagang puwede ninyong bayaran sa loob ng isang taon para sa mga saklaw na serbisyo. Kung mayroon kayong iba pang miyembro ng pamilya na nasa <u>planong ito</u> , kailangan muna nilang maabot ang kani-kanilang <u>limitasyon mula sa sariling bulsa</u> hanggang sa maabot ang kabuuang <u>limitasyon mula sa sariling bulsa</u> ng pamilya.
Ano ang hindi kasama sa limitasyon mula sa sariling bulsa?	Mga <u>premium</u> , <u>pagsingil sa balanse</u> , at pangangalagang pangkalusugan na hindi saklaw ng <u>planong ito</u> .	Kahit na bayaran ninyo ang mga gastos na ito, hindi isasama ang mga ito sa <u>limitasyon mula sa sariling bulsa</u> .
Mas mababa ba ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng <u>provider na nasa network</u>?	Oo. Tingnan ang www.bcbsil.com o tumawag sa 1-888-895-6985 para sa listahan ng <u>mga provider na nasa network</u> .	Gumagamit ang <u>planong ito</u> ng <u>network ng provider</u> . Mas mababa ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng <u>provider na nasa network ng plano</u> . Pinakamataas ang babayaran ninyo kung gagamit kayo ng <u>provider na wala sa network</u> , at posible kayong makatanggap ng bill mula sa isang <u>provider</u> para sa kakulangan sa pagitan ng singil ng <u>provider</u> at sa ibabayad ng inyong <u>plano</u> (<u>pagsingil sa balanse</u>). Maging mapagbantay, posibleng gumamit ang inyong <u>provider na nasa network ng provider na wala sa network</u> para sa ilang serbisyo (gaya ng lab work). Magtanong muna sa inyong <u>provider</u> bago kunin ang mga serbisyo.
Kailangan ba ninyo ng <u>referral</u> para magpatingin sa isang <u>espesyalista</u>?	Hindi.	Puwede kayong magpatingin sa <u>espesyalistang</u> pipiliin ninyo nang walang <u>referral</u> .



Ilalapat ang lahat ng gastos sa **copayment** at **coinsurance** na ipinapakita sa chart na ito pagkatapos ninyong maabot ang inyong **deductible**, kung may nalalapat na **deductible**.

Karaniwang Pangyayaring Medikal	Mga Serbisyong Maaari Ninyong Kailanganin	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsyon, at Iba Pang Mahahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakamababang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamataas na babayaran ninyo)	
Kung bibisita kayo sa opisina o klinika ng provider sa pangangalagang pangkalusugan	Pagbisita para sa pangunahing pangangalaga para gamutin ang isang injury o sakit	\$25 <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u>	40% <u>coinsurance</u>	Mga virtual na pagbisita: \$25/pagbisita; walang <u>deductible</u> . Tingnan ang inyong booklet ng benepisyo* para sa mga detalye.
	Pagbisita sa <u>espesyalista</u>	\$40 <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u>	40% <u>coinsurance</u>	Wala
	Pang-iwas na pangangalaga/ <u>screening</u> / Immunization	Walang Singil; walang <u>deductible</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng kailangan ninyong magbayad para sa mga serbisyong hindi <u>pang-iwas</u> . Itanong sa inyong <u>provider</u> kung <u>pang-iwas</u> ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos, tingnan kung magkano ang babayaran ng inyong <u>plano</u> .
Kung kayo ay may pagsusuri	<u>Diagnostic na pagsusuri</u> (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> ; tingnan ang inyong booklet ng benepisyo* para sa mga detalye.
	Imaging (mga CT/PET scan, MRI)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	
Kung kailangan ninyo ng mga gamot para gamutin ang inyong karamdaman o kondisyon Available sa caremark.com ang higit pang impormasyon tungkol sa <u>pagsaklaw sa inireresetang gamot</u>	Mga generic na gamot	Retail: \$10 copay Mail Order: \$20 copay	Retail: \$10 copay Mail Order: \$20 copay	Wala.
	Mga pinipiling branded na gamot	Retail: \$30 copay Mail Order: \$60 copay	Retail: \$30 copay Mail Order: \$60 copay	Wala.
	Mga hindi pinipiling branded na gamot	Retail: \$55 copay Mail Order: \$120 copay	Retail: \$55 copay Mail Order: \$120 copay	Wala.
	<u>Mga espesyal na gamot</u>	\$55 copay	\$55 copay	Bawal ang mail order.

* Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga limitasyon at eksepsiyon, tingnan ang dokumento ng plano o polisiya sa www.bcbsil.com.

Karaniwang Pangyayaring Medikal	Mga Serbisyong Maaari Ninyong Kailanganin	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsyon, at Iba Pang Mahahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakamababang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamataas na babayaran ninyo)	
Kung sasailalim kayo sa outpatient surgery	Bayad sa pasilidad (halimbawa, sentro para sa ambulatoryong pag-oopera)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	Mga bayad sa doktor/surgeon	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Wala
Kung kailangan ninyo ng agarang medikal na atensyon	<u>Pangangalaga sa emergency room</u>	Mga Singil sa Pasilidad: \$150 <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u> Mga Singil ng Doktor sa ER: 20% <u>coinsurance</u> ; walang <u>deductible</u>	Mga Singil sa Pasilidad: \$150 <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u> Mga Singil ng Doktor sa ER: 20% <u>coinsurance</u> ; walang <u>deductible</u>	Iwe-waive ang <u>copay</u> kung maa-admit. Hindi Pang-emergency na Paggamit ng ER: Magbabayad ang Nasa Network ng \$150 na <u>copay</u> walang <u>deductible</u> at may <u>coinsurance</u> na Nasa Network. Magbabayad ang Wala sa Network ng \$150 na <u>copay</u> , walang <u>deductible</u> at may <u>coinsurance</u> na Wala sa Network.
	<u>Pang-emergency na transportasyong medikal</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> para sa transportasyong hindi pang-emergency; tingnan ang inyong booklet ng benepisyo* para sa mga detalye.
	<u>Agarang pangangalaga</u>	\$75 <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u>	40% <u>coinsurance</u>	Wala
Kung nanatili kayo sa ospital	Bayad sa pasilidad (halimbawa, silid sa ospital)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Kailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	Mga bayad sa doktor/surgeon	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Wala
Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip, pag-uugali, o pagkalulong sa substance	Mga outpatient na serbisyo	\$25 na <u>copay</u> /pagbisita sa opisina; walang <u>deductible</u> ; 20% <u>coinsurance</u> para sa iba pang outpatient na serbisyo	40% <u>coinsurance</u>	May <u>copay</u> ng PCP para lang sa pagbisita sa opisina ng psychotherapy. Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> ; tingnan ang inyong booklet ng benepisyo* para sa mga detalye. Mga virtual na pagbisita: \$25/pagbisita; walang <u>deductible</u> . Tingnan ang inyong booklet ng benepisyo* para sa mga detalye.
	Mga inpatient na serbisyo	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Kailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .

Karaniwang Pangyayaring Medikal	Mga Serbisyong Maaari Ninyong Kailanganin	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsyon, at Iba Pang Mahahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakamababang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamataas na babayaran ninyo)	
Kung kayo ay buntis	Mga pagbisita sa opisina	\$25 PCP/\$40 SPC <u>copay</u> /pagbisita; walang <u>deductible</u>	40% <u>coinsurance</u>	May <u>copay</u> sa unang prenatal na pagbisita (kada pagbubuntis). Walang <u>pagbabahagi ng gastos</u> para sa <u>mga pang-iwas na serbisyo</u> . Depende sa uri ng mga serbisyo, posibleng may <u>copayment</u> , <u>coinsurance</u> , o <u>deductible</u> . Posibleng kasama sa pangangalaga sa buntis ang mga pagsusuri at serbisyong nakasaad sa ibang bahagi ng SBC (hal. ultrasound).
	Mga propesyonal na serbisyo sa panganganak/delivery	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	
	Mga serbisyo sa pasilidad ng panganganak/delivery	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Wala
Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapagaling o may iba pa kayong espesyal na pangangailangan sa kalusugan	<u>Pangangalagang pangkalusugan sa tahanan</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> . Limitado sa 120 pagbisita kada panahon ng benepisyo na kasama na ang private duty nursing.
	<u>Mga serbisyo sa rehabilitasyon</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limitado sa 90 pagbisita kada panahon ng benepisyo para sa occupational therapy, 90 pagbisita kada panahon ng benepisyo para sa speech therapy, at 90 pagbisita kada panahon ng benepisyo para sa physical therapy. Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	<u>Mga serbisyo sa habilitasyon</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limitado sa 90 araw kada panahon ng benepisyo. Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	<u>Bihasang pangangalaga ng nurse</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Ang mga benepisyo ay limitado sa mga item na ginagamit para sa layuning medikal. Ibinibigay ang mga benepisyo ng <u>Matibay na Kagamitang Medikal</u> para sa mga binibili o nirerentahang kagamitan (hanggang sa presyo ng pagbili). Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	<u>Matibay na kagamitang medikal</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .
	<u>Mga serbisyo sa hospisyo</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Posibleng mangailangan ng <u>paunang awtorisasyon</u> .

* Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga limitasyon at eksepsiyon, tingnan ang dokumento ng plano o polisiya sa www.bcbsil.com.

Karaniwang Pangyayaring Medikal	Mga Serbisyong Maaari Ninyong Kailanganin	Ang Babayaran Ninyo		Mga Limitasyon, Eksepsyon, at Iba Pang Mahahalagang Impormasyon
		Provider na Nasa Network (Pinakamababang babayaran ninyo)	Provider na Wala sa Network (Pinakamataas na babayaran ninyo)	
Kung ang inyong anak ay nangangailangan ng pangangalaga sa ngipin o mata	Pagsusuri sa mata ng mga bata	Hindi Saklaw	Hindi Saklaw	Wala
	Mga pambatang salamin sa mata	Hindi Saklaw	Hindi Saklaw	Wala
	Check-up sa ngipin ng mga bata	Hindi Saklaw	Hindi Saklaw	Wala

Mga Hindi Saklaw na Serbisyo at Iba Pang Saklaw na Serbisyo:

Mga Serbisyong HINDI Saklaw ng Inyong Plano sa Pangkalahatan (Basahin ang dokumento ng inyong polisiya o plano para sa higit pang impormasyon at para sa listahan ng anumang iba pang hindi saklaw na serbisyo.)

- Acupuncture
- Hindi pang-emergency na pangangalaga kapag nagbibiyaha sa labas ng Estados Unidos
- Mga programa sa pagbabawas ng timbang
- Pangangalaga sa ngipin (matanda)
- Pangmatagalang pangangalaga
- Regular na pangangalaga sa paa (maliban sa mga taong na-diagnose na may diabetes)
- Regular na pangangalaga sa mata (Matanda)

Iba Pang Saklaw na Serbisyo (Posibleng may mga limitasyon sa mga serbisyong ito. Hindi ito isang kumpletong listahan. Pakibasa ang dokumento ng inyong plano.)

- Bariatric surgery
- Chiropractic na pangangalaga (Limitado ang Chiropractic at Osteopathic manipulation sa 20 pagbisita kada taon ng kalendaryo)
- Cosmetic surgery (para lang sa pagtatama ng mga abnormalidad mula pagkasilang (congenital deformities) o mga kondisyong resulta ng mga injury mula sa aksidente, mga pilat, mga tumor, o mga sakit)
- Mga hearing aid (1 kada tainga kada 36 na buwan para sa mga bata, hanggang \$5,000 kada tainga kada 36 na buwan para sa matatanda)
- Paggamot sa pagkabaog
- Private-duty nursing (maliban sa inpatient na private duty nursing) (ang CHC ay may taunang pinagsamang max sa PDN na 120 pagbisita)

Ang Inyong Mga Karapatan na Ipagpatuloy ang Saklaw: May mga ahensyang puwedeng makatulong sa inyo kung gusto ninyong ipagpatuloy ang inyong saklaw kapag nagwakas na ito. Ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng mga naturang ahensya ay: ang plano sa 1-888-895-6985, Employee Benefits Security Administration ng U.S. Department of Labor sa 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, sa 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Posible ring may mga available sa iyo na iba pang opsyon sa saklaw, kabilang ang pagbili ng indibidwal na saklaw sa insurance sa pamamagitan ng Marketplace ng Insurance sa Kalusugan. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Marketplace, bisitahin ang www.HealthCare.gov o tumawag sa 1-800-318-2596.

Ang Inyong Mga Karapatan sa Karaingan at Mga Apela: May mga ahensyang makakatulong kung may reklamo kayo laban sa inyong plano dahil sa pagtanggì sa isang claim. Karaingan o apela ang tawag sa reklamong ito. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, tingnan ang paliwanag sa mga benepisyo na matatanggap ninyo para sa naturang medikal na claim. Nagbibigay rin ang mga dokumento ng inyong plano ng kumpletong impormasyon kung paano magsusumite ng claim, apela, o karaingan para sa anumang dahilan sa inyong plano. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, sa abisong ito, o para sa tulong, makipag-ugnayan sa: Blue Cross and Blue Shield of Illinois sa 1-888-895-6985 o bisitahin ang www.bcbsil.com, o makipag-ugnayan sa Employee Benefits Security Administration ng U.S. Department of Labor sa 1-866-444-EBSA (3272) o bisitahin ang www.dol.gov/ebsa/healthreform. Bukod pa rito, matutulungan kayo ng isang programa ng tulong sa consumer sa paghahain ng inyong apela. Makipag-ugnayan sa Illinois Department of Insurance sa (877) 527-9431 o bumisita sa <http://insurance.illinois.gov>.

Nagbibigay ba ang planong ito ng Pinakamababang Kinakailangang Saklaw? Oo

Sa pangkalahatan, kasama sa Pinakamababang Kinakailangang Saklaw ang mga plano, insurance sa kalusugan na available sa pamamagitan ng Marketplace, o iba pang indibidwal na polisiya sa market, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, at iba pang partikular na saklaw. Kung kuwalipikado kayo para sa ilang partikular na uri ng Pinakamababang Kinakailangang Saklaw, posibleng hindi kayo kuwalipikado para sa kredito sa buwis ng premium.

Natutugunan ba ng planong ito ang Mga Pamantayan sa Pinakamababang Halaga? Oo

Kung hindi natutugunan ng inyong plano ang Mga Pamantayan sa Pinakamababang Halaga, posibleng kuwalipikado kayo para sa kredito sa buwis ng premium para tulungan kayong magbayad ng plano sa pamamagitan ng Marketplace.

Mga Serbisyon may Kaugnayan sa Access sa Wika:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-895-6985.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-895-6985.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-895-6985.

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-895-6985.

Para makakita ng mga halimbawa kung paano posibleng saklawin ng planong ito ang mga gastos para sa isang halimbawang medikal na sitwasyon, tingnan ang susunod na seksyon.

Tungkol sa Mga Halimbawang Saklaw na ito:



Hindi ito pangtanta ng gastos. Ang mga ipinakitang paggamot ay mga halimbawa lang kung paano posibleng saklawin ng planong ito ang medikal na pangangalaga. Mag-iiba ang mga aktuwal ninyong gastos depende sa aktuwal na pangangalagang natanggap ninyo, mga presyong sisingilin ng inyong mga provider, at marami pang ibang salik. Pagtuunan ang mga halaga ng pagbabahagi ng gastos (mga deductible, copayment, at coinsurance) at mga hindi saklaw na serbisyo sa ilalim ng plano. Gamitin ang impormasyong ito para paghambingin ang bahagi ng inyong mga gastos na babayaran ninyo sa ilalim ng iba't ibang planong pangkalusugan. Pakitandaan na ang mga halimbawang ito ng saklaw ay nakabatay sa saklaw na para lang sa sarili.

Manganganak si Peg

(9 na buwang nasa network na pangangalaga bago manganak at panganganak sa ospital)

■ Kabuuang <u>deductible</u> ng plano	\$750
■ <u>Copayment</u> ng <u>espesyalista</u>	\$40
■ <u>Coinsurance</u> ng ospital (pasilidad)	20%
■ Iba pang <u>coinsurance</u>	20%

Kasama sa HALIMBAWANG sitwasyong ito ang mga serbisyong gaya ng:

Mga pagbisita sa opisina ng espesyalista

(pangangalaga bago manganak)

Mga Propesyonal na Serbisyo sa

Panganganak/Delivery

Mga Serbisyo sa Pasilidad ng

Panganganak/Delivery

Mga diagnostic na pagsusuri (mga ultrasound at blood work)

Pagbisita sa espesyalista (anesthesia)

Kabuuang Halimbawang Gastos	\$12,700
-----------------------------	----------

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Peg ay:

<u>Pagbabahagi ng Gastos</u>	
<u>Mga Deductible</u>	\$750
<u>Mga Copayment</u>	\$40
<u>Coinsurance</u>	\$2,400
<u>Ano ang hindi saklaw</u>	
Mga limitasyon o eksklusyon	\$60
Ang kabuuang babayaran ni Peg ay	\$3,250

Pamamahala sa Type 2 Diabetes ni Joe

(isang taon ng regular na nasa network na pangangalaga para sa isang ganap na kontroladong kondisyon)

■ Kabuuang <u>deductible</u> ng plano	\$750
■ <u>Copayment</u> ng <u>espesyalista</u>	\$40
■ <u>Coinsurance</u> ng ospital (pasilidad)	20%
■ Iba pang <u>coinsurance</u>	20%

Kasama sa HALIMBAWANG sitwasyong ito ang mga serbisyong gaya ng:

Mga pagbisita sa opisina ng doktor sa

pangunahing pangangalaga (kabilang ang pagtuturo tungkol sa sakit)

Mga diagnostic na pagsusuri (blood work)

Mga inireresetang gamot

Matibay na kagamitang medikal (glucose meter)

Kabuuang Halimbawang Gastos	\$5,600
-----------------------------	---------

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Joe ay:

<u>Pagbabahagi ng Gastos</u>	
<u>Mga Deductible</u>	\$750
<u>Mga Copayment</u>	\$800
<u>Coinsurance</u>	\$30
<u>Ano ang hindi saklaw</u>	
Mga limitasyon o eksklusyon	\$20
Ang kabuuang babayaran ni Joe ay	\$1,600

Simple Fracture ni Mia

(nasa network na pagbisita sa emergency room at follow up na pangangalaga)

■ Kabuuang <u>deductible</u> ng plano	\$750
■ <u>Copayment</u> ng <u>espesyalista</u>	\$40
■ <u>Coinsurance</u> ng ospital (pasilidad)	20%
■ Iba pang <u>coinsurance</u>	20%

Kasama sa HALIMBAWANG sitwasyong ito ang mga serbisyong gaya ng:

Pangangalaga sa emergency room (kabilang ang mga medikal na supply)

Diagnostic na pagsusuri (x-ray)

Matibay na kagamitang medikal (saklay)

Mga serbisyo sa rehabilitasyon (physical therapy)

Kabuuang Halimbawang Gastos	\$2,800
-----------------------------	---------

Sa halimbawang ito, ang babayaran ni Mia ay:

<u>Pagbabahagi ng Gastos</u>	
<u>Mga Deductible</u>	\$750
<u>Mga Copayment</u>	\$300
<u>Coinsurance</u>	\$300
<u>Ano ang hindi saklaw</u>	
Mga limitasyon o eksklusyon	\$0
Ang kabuuang babayaran ni Mia ay	\$1,350

Ang plano ang mananagot para sa iba pang gastos ng mga HALIMBAWANG saklaw na serbisyong ito.



Abiso ng Pagbabawal sa Diskriminasyon

Mahalaga para sa Lahat ang Saklaw sa Pangangalagang Pangkalusugan

Hindi kami nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan (kabilang ang limitadong kaalaman sa Ingles at katutubong wika), edad, kapansanan, o sex (ayon sa pagkakaunawa sa nalalapat na regulasyon). Nagbibigay kami sa mga may kapansanan ng mga makatuwirang modipikasyon at mga libreng pantulong sa komunikasyon para mabiyang-daan ang epektibong komunikasyon sa amin. Nagbibigay rin kami ng mga libreng serbisyo ng tulong sa wika sa mga taong hindi Ingles ang katutubong wika.

Para makatanggap ng mga makatuwirang modipikasyon, mga pantulong sa komunikasyon, o tulong sa wika nang libre, pakitawagan kami sa 855-710-6984.

Kung naniniwala kayo na hindi kami nakapagbigay ng serbisyo, o kung sa tingin ninyo ay nadiskrimina namin kayo sa ibang paraan, puwede kayong maghain ng karaingan sa:

Office of Civil Rights Coordinator	Telepono: 855-664-7270 (voicemail)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD: 855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax: 855-661-6960
Chicago, IL 60601	Email: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puwede kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng mail, fax, o email. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahain ng karaingan, pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono sa likod ng inyong ID card (TTY: 711).

Puwede kayong maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, sa:

US Dept of Health & Human Services	Telepono: 800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD: 800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Complaint Portal: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Mga Form ng Reklamo: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Available ang abisong ito sa aming website sa bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilt'igogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahil hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjít' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihi.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Urdu اردو	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.