BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Bronce	Blue Advantage Bronze PPO℠		Blue Preferred Bronze PPO℠
	Support HSA	Standard HSA	Signature[2]
Deducible[3]	por persona $8,000 / por familia $16,000	por persona $7,500 / por familia $15,000	por persona $6,000 / por familia $12,000
Coaseguro	50%	50%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[3]	por persona $12,000 / por familia $24,000	por persona $12,000 / por familia $24,000	por persona $10,150 / por familia $20,300
Consultas presenciales de atención primaria	50%	copago de $50	40%
Consultas virtuales	50%	copago de $50	50%
Consultas presenciales con especialistas	50%	copago de $100	50%
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	50%	copago de $50	50%
Sala de emergencias (ER)	copago de $2,500	50%	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Centros de atención médica inmediata	$100	copago de $75	50%
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	50%	50%	deducible de $400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas[4]	50%	50%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[4]	50%	50%	50%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[4]	50%	50%	50%
Red	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠	Blue Preferred PPO℠
Eligibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)[5]	Sí	Sí	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales[6]	$0 / $10 / 35% / 45% / 50% / 55%[7]	$25 / $50 / $100 / $500[8]	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%[7]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales[6]	$10 / $20 / 40% / 45% / 50% / 55%[7]	$25 / $50 / $100 / $500[8]	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%[7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.		

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Usted debe procurar los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas que cubren el 100% de los gastos compartidos.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Bronce	MyBlue Bronze HMO℠ [2]			
	Signature [3]	Balance HSA	Champion HSA	Standard HSA
Deducible [4]	por persona $7,400 / por familia $14,800	por persona $11,750 / por familia $23,500	por persona $5,000 / por familia $10,000	por persona $7,500 / por familia $15,000
Coaseguro	50%	0%	50%	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [4]	por persona $10,150 / por familia $20,300	por persona $11,750 / por familia $23,500	por persona $11,100 / por familia $22,200	por persona $12,000 / por familia $24,000
Consultas presenciales de atención primaria	copago de $95	0%	copago de $45	copago de $50
Consultas virtuales	copago de $95	0%	copago de $45	copago de $50
Consultas presenciales con especialistas	50%	0%	50%	copago de $100
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	40%	0%	50%	copago de $50
Sala de emergencias (ER)	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	copago de $2,500	50%
Centros de atención médica inmediata	copago de $145	0%	copago de $65	copago de $75
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	50%	50%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas [5]	deducible de $600 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	0%	50%	50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [5]	50%	0%	50%	50%
Pacientes externos: Imágenes (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [5]	50%	0%	50%	50%
Red	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	Sí	Sí	Sí
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales [6]	$10 / $20 / 30% / 35% / 45% / 50% [7]	0%	$5 / $15 / 35% / 45% / 50% / 55% [7]	$25 / $50 / $100 / $500 [8]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales [6]	$15 / $30 / 35% / 40% / 45% / 50% [7]	0%	$15 / $25 / 40% / 45% / 50% / 55% [7]	$25 / $50 / $100 / $500 [8]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Las coberturas MyBlue HMO℠ no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).**

3 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo. Los precios de farmacias preferenciales no están disponibles para las coberturas que cubren el 100% de los gastos compartidos.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Plata	Blue Preferred Silver PPO℠ Signature[2]
Deducible[3]	por persona $1,000 / por familia $2,000
Coaseguro	50%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[3]	por persona $12,000 / por familia $24,000
Consultas presenciales de atención primaria	40%
Consultas virtuales	40%
Consultas presenciales con especialistas	50%
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	40%
Sala de emergencias (ER)	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Centros de atención médica inmediata	50%
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de $400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas[4]	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[4]	50%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[4]	50%
Red	Blue Preferred PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales[5]	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%[6]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales[5]	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%[6]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[7]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Plata	Blue Advantage Silver PPO℠			
	Champion	Signature[2]	Balance	Standard
Deducible[3]	por persona $3,100 / por familia $6,200	por persona $1,400 / por familia $2,800	por persona $7,000 / por familia $14,000	por persona $6,400 / por familia $12,800
Coaseguro	40%	50%	40%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[3]	por persona $10,200 / por familia $20,400	por persona $11,000 / por familia $22,000	por persona $10,700 / por familia $21,400	por persona $10,300 / por familia $20,600
Consultas presenciales de atención primaria	copago de $40	copago de $30	copago de $35	copago de $40
Consultas virtuales	copago de $40	copago de $30	copago de $35	copago de $40
Consultas presenciales con especialistas	copago de $90	50%	copago de $75	copago de $80
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	copago de $40	50%	copago de $35	copago de $40
Sala de emergencias (ER)	copago de $2,500	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	copago de $2,500	40%
Centros de atención médica inmediata	copago de $60	50%	copago de $55	copago de $60
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	40%	deducible de $400 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	40%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas[4]	40%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 50%	40%	40%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[4]	40%	50%	40%	40%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[4]	40%	50%	40%	40%
Red	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales[5]	$5 / $15 / $90 / 45% / 50% / 55%[6]	20% / 25% / 30% / 35% / 45% / 50%[6]	$5 / $15 / $100 / 45% / 50% / 55%[6]	$20 / $40 / $80 / $350[7]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales[5]	$15 / $25 / $115 / 45% / 50% / 55%[6]	25% / 30% / 35% / 40% / 45% / 50%[6]	$15 / $25 / $125 / 45% / 50% / 55%[6]	$20 / $40 / $80 / $350[7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[8]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

3 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

5 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

6 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

7 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

8 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Plata	MyBlue Silver HMO℠ [2]			
	Champion	Balance	Signature [3]	Standard
Deducible [4]	por persona $3,100 / por familia $6,200	por persona $7,000 / por familia $14,000	por persona $5,500 / por familia $11,000	por persona $6,400 / por familia $12,800
Coaseguro	40%	40%	40%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [4]	por persona $10,200 / por familia $20,400	por persona $10,700 / por familia $21,400	por persona $7,500 / por familia $15,000	por persona $10,300 / por familia $20,600
Consultas presenciales de atención primaria	copago de $40	copago de $35	copago de $0	copago de $40
Consultas virtuales	copago de $40	copago de $35	copago de $0	copago de $40
Consultas presenciales con especialistas	copago de $90	copago de $75	40%	copago de $80
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	copago de $40	copago de $35	40%	copago de $40
Sala de emergencias (ER)	copago de $2,500	copago de $2,500	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%
Centros de atención médica inmediata	copago de $60	copago de $55	copago de $20	copago de $60
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	40%	40%	deducible de $250 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas [5]	40%	40%	deducible de $200 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%	40%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [5]	40%	40%	40%	40%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [5]	40%	40%	40%	40%
Red	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales [6]	$5 / $15 / $90 / 45% / 50% / 55% [7]	$5 / $15 / $100 / 45% / 50% / 55% [7]	$0 / $15 / 30% / 35% / 45% / 50% [7]	$20 / $40 / $80 / $350 [8]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales [6]	$10 / $25 / $115 / 45% / 50% / 55% [7]	$15 / $25 / $125 / 45% / 50% / 55% [7]	$10 / $25 / 35% / 40% / 45% / 50% [7]	$20 / $40 / $80 / $350 [8]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Las coberturas MyBlue HMO℠ no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).**

3 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un gasto compartido posiblemente más bajo.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Oro	Blue Advantage Gold PPO℠		
	Secure	Balance	Standard
Deducible[2]	por persona $1,800 / por familia $3,600	por persona $2,500 / por familia $5,000	por persona $2,500 / por familia $5,000
Coaseguro	30%	20%	25%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido)[2]	por persona $7,800 / por familia $15,600	por persona $8,600 / por familia $17,200	por persona $8,600 / por familia $17,200
Consultas presenciales de atención primaria	copago de $15	copago de $0	copago de $30
Consultas virtuales	copago de $15	copago de $0	copago de $30
Consultas presenciales con especialistas	copago de $50	copago de $50	copago de $60
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	copago de $15	copago de $0	copago de $30
Sala de emergencias (ER)	copago de $1,000	copago de $1,000	25%
Centros de atención médica inmediata	copago de $35	copago de $30	copago de $45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	30%	20%	25%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas[3]	40%	30%	25%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes[3]	40%	30%	25%
Pacientes externos: Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)[3]	40%	30%	25%
Red	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠	Blue Advantage PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales[4]	$15 / $25 / 30% / 45% / 50% / 55%[5]	$15 / $25 / $50 / 45% / 50% / 55%[5]	$15 / $30 / $60 / $250[6]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales[4]	$25 / 35 / 35% / 45% / 50% / 55%[5]	$25 / $35 / $75 / 45% / 50% / 55%[5]	$15 / $30 / $60 / $250[6]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados[7]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.		

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

3 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

4 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un copago posiblemente más bajo.

5 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

6 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

7 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

2027

Tabla comparativa de coberturas particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes[1]

Todas las pólizas de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) brindan cobertura para servicios preventivos y atención durante la maternidad. Consulte la información en detalle en su *Resumen de beneficios y cobertura* o en **espanol.bcbsok.com**.

Oro	MyBlue Gold HMO℠ [2]		Blue Preferred Gold PPO℠
	Secure	Standard	Signature [3]
Deducible [4]	por persona $1,800 / por familia $3,600	por persona $2,500 / por familia $5,000	por persona $700 / por familia $1,400
Coaseguro	30%	25%	40%
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) [4]	por persona $7,800 / por familia $15,600	por persona $8,600 / por familia $17,200	por persona $7,500 / por familia $15,000
Consultas presenciales de atención primaria	copago de $15	copago de $30	copago de $40
Consultas virtuales	copago de $15	copago de $30	copago de $40
Consultas presenciales con especialistas	copago de $50	copago de $60	40%
Consulta en consultorio por salud mental, salud conductual o trastorno por consumo de sustancias	copago de $15	copago de $30	40%
Sala de emergencias (ER)	copago de $1,000	25%	deducible de $950 por incidente; luego, el asegurado paga el 35%
Centros de atención médica inmediata	copago de $35	copago de $45	copago de $90
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	30%	25%	deducible de $400 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas [5]	40%	25%	deducible de $300 por incidente; luego, el asegurado paga el 40%
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes [5]	40%	25%	40%
Pacientes externos: Imágenes (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética) [5]	40%	25%	40%
Red	MyBlue HMO℠	MyBlue HMO℠	Blue Preferred PPO℠
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias preferenciales [6]	$15 / $25 / 30% / 45% / 50% / 55% [7]	$15 / $30 / $60 / $250 [8]	$0 / $10 / 20% / 35% / 45% / 50% [7]
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: Farmacias no preferenciales [6]	$10 / $20 / 35% / 40% / 45% / 50% [7]	$15 / $30 / $60 / $250 [8]	$10 / $20 / 25% / 40% / 45% / 50% [7]
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados [9]	**Programa de medicamentos especializados:** Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial de la red para tener derecho al máximo de cobertura. **El asegurado paga la diferencia:** Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo. **Requisitos de autorización previa/terapia escalonada:** Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, es posible que su médico necesite obtener autorización de BCBSOK y que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos. **Suministros de 90 días:** Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de 90 días de medicamentos recetados con cobertura con el programa de pedidos por correo o en farmacias participantes.		

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos en la cobertura. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 **Las coberturas MyBlue HMO℠ no están disponibles en las regiones tarifarias 1 y 2 (condados de Comanche, Le Flore y Sequoyah).**

3 Esta cobertura no está disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®) en Oklahoma.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

5 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes ambulatorios (no internados) en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un copago posiblemente más bajo.

7 Seis niveles de pago por medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. En la mayoría de los casos, los medicamentos en el nivel de medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@hcsc.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsok.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.

bcbsok.com

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

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 Sprachassistenzdienste 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 ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા 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 yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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.
اردو Urdu	توجہ 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 (711:TTY) 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.

bcbsok.com

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association