



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-844-864-4352 or visit us at www.ibxtpa.com. For definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-844-864-4352 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	Preferred \$500 person / \$1,000 family, Non-Preferred \$1,500 person / \$4,500 family.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preferred preventive care , Preferred blood work, and services that require a copay .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	For Preferred providers \$1,750 person / \$5,000 family, for Non-Preferred providers \$10,000 person / \$30,000 family.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billed charges, health care this plan doesn't cover, and preauthorization penalties.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.ibxtpa.com or call: 1-844-864-4352 for a list of Preferred providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist you choose without a referral .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Preferred Provider (You will pay the least)	Non-Preferred Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred.
	Specialist visit	\$40 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Chiropractor: Limited to 20 visits per plan year.
	Preventive care/screening/immunization	No Charge	50% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for. Limitations may apply. Deductible applies Non-Preferred.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies to all diagnostic services Preferred and Non-Preferred, except for Preferred blood work.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required for some diagnostic services. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
If you need drugs to treat your illness or condition	Generic drugs	10% coinsurance retail and mail order	10% coinsurance retail and mail order	Retail: 30-day supply. Mail order: 90-day supply. No charge for blood pressure and diabetes medications from retail and mail order.
	Preferred brand drugs	20% coinsurance retail and mail order	20% coinsurance retail and mail order	Retail: 30-day supply. Mail order: 90-day supply.
	Non-preferred drugs	30% coinsurance retail and mail order	30% coinsurance retail and mail order	
	Specialty drugs	\$100 copay per fill	\$100 copay per fill	---None---
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$100 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Precertification is required for some outpatient surgeries. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
	Physician/surgeon fees	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required for some outpatient surgeries. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Preferred Provider (You will pay the least)	Non-Preferred Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$500 copay per visit	\$500 copay per visit	Copay waived if admitted.
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	Preferred deductible applies.
	Urgent care	\$80 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Non-emergency at urgent care is \$40 copay for Preferred providers .
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$200 copay per day to a max of \$1,000	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
	Physician/surgeon fees	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$40 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred.
	Inpatient services	\$200 copay per day to a max of \$1,000	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
If you are pregnant	Office visits	\$40 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
	Childbirth/delivery facility services	\$200 copay per day to a max of \$1,000	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
	Rehabilitation services	\$40 copay per visit	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred.
	Habilitation services	\$40 copay per visit	50% coinsurance	
	Skilled nursing care	\$50 copay per day to a max of \$250	50% coinsurance	Deductible applies Non-Preferred. Limited to 120 visits per plan year. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Preferred Provider (You will pay the least)	Non-Preferred Provider (You will pay the most)	
	Durable medical equipment	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies.
	Hospice services	No Charge	50% coinsurance	Deductible applies. Precertification is required. Coverage may be denied up to maximum penalty of \$200 if precertification is not obtained.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Administered by Davis Vision	Administered by Davis Vision	Benefits administered by Davis Vision. Visit www.davisvision.com for vision benefit details.
	Children's glasses	Administered by Davis Vision	Administered by Davis Vision	
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	---None---

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture • Cosmetic surgery • Dental care (Adult) | <ul style="list-style-type: none"> • Hearing Aids • Infertility Treatment • Long Term Care | <ul style="list-style-type: none"> • Routine foot care • Weight loss programs |
|--|---|---|

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bariatric surgery • Chiropractic care (20 visits per plan year) | <ul style="list-style-type: none"> • Non-emergency care when traveling outside the U.S. (See www.bcbsglobalcore.com) • Private-duty nursing | <ul style="list-style-type: none"> • Routine eye care (Adult) |
|--|---|--|

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: 1-844-864-4352 or www.ibxtpa.com. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Nondiscrimination Notice and Notice of Availability of Auxiliary Aids and Services

Independence Administrators complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Independence Administrators does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Independence Administrators:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us and written information in other formats, such as large print
- Provides free language services to people whose primary language is not English and information written in other languages

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator.

If you believe that Independence Administrators has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator.

There are four ways to file a grievance directly with Independence Administrators:

- by mail: Independence Administrators,
ATTN: Civil Rights Coordinator, 1900 Market Street, Philadelphia, PA 19103;
- by phone: 844-864-4352 (TTY 711);
- by fax: 215-761-0920; or
- by email: IACivilRightsCoordinator@ibxtpa.com.

If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: 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). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Access Services:

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 مجاناً، اتصل بالرقم ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (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 ገንዘብ የቋንቋ አገልግሎት በገጽ 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ຂອບຄ່າ. 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: Áhéhéé': T'áá a'nííł nígíí bizaad yádaaltł'í nisin, yá'át'éehá ánída'át nisin, ákót'éego bee hółǫ́, bizaad yádaaltł'í nisin dah nishłí, yaałtsoh da t'ááji'ígíí ashkíí. 1-844-864-4352 t'áá baa yásht'i. (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា [ខ្មែរ] មានផ្តល់សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃជូនអ្នក។ 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 કોલ 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. با شماره ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤ تماس بگیرید (TTY: ٧١١).

Urdu: متوجہ ہوں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبان کی معاونت کی خدمات، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (TTY: ٧١١) پر کل 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: ధ్యాన 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.

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$500
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) copayment	\$200
■ Other no cost sharing	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$500
Copayments	\$200
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$760

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$500
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) copayment	\$200
■ Other no cost sharing	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$500
Copayments	\$200
Coinsurance	\$600
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,320

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$500
■ Specialist copayment	\$40
■ Hospital (facility) copayment	\$200
■ Other no cost sharing	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic tests](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$500
Copayments	\$700
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,200

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



El documento Summary of Benefits and Coverage (SBC, Resumen de beneficios y cobertura) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-844-864-4352 o visite www.ibxtpa.com. 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 llamar al 1-844-864-4352 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores preferidos: \$500 por persona/ \$1,000 por familia; para proveedores no preferidos: \$1,500 por persona/ \$4,500 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducibles que hayan pagado todos los familiares alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Servicios de atención preventiva preferidos, análisis de sangre preferidos y servicios que requieren un copago .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar un deducible para obtener servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	Para proveedores preferidos: \$1,750 por persona/ \$5,000 por familia; para proveedores no preferidos : \$10,000 por persona/ \$30,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagaría por año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos deben alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué gastos no se incluyen dentro del límite de gastos directos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturaciones de saldos , la atención médica que este plan no cubre y penalizaciones por falta de autorización previa .	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si se atiende con un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.ibxtpa.com o llame al 1-844-864-4352 para obtener una lista de proveedores preferidos.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto máximo si se atiende con un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre los cargos de este y lo que el plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar con el especialista que quiera sin necesidad de una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplicarán después de que haya alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no preferido (Pagará el monto máximo)	
Si se atiende en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita con un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido.
	Consulta con especialistas	Copago de \$40 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Quiropráctico: Límite de 20 visitas por año del plan .
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunación	Sin cargo	50% de coseguro	Podría tener que pagar por los servicios que no son de prevención . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué servicios pagará su plan . Es posible que se apliquen limitaciones. Se aplica un deducible al proveedor no preferido.
Si se hace una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible a todos los servicios de diagnóstico, tanto preferidos como no preferidos, a excepción de los análisis de sangre preferidos.
	Estudios de imágenes (computed tomography [CT, tomografía computarizada]/positron emission tomography [PET, tomografía por emisión de positrones], magnetic resonance imaging [MRI, resonancia magnética])	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa para ciertos servicios de diagnóstico. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	10% de coseguro en farmacias minoristas y pedidos por correo	10% de coseguro en farmacias minoristas y pedidos por correo	Farmacia minorista: Suministro por 30 días. Pedido por correo: Suministro por 90 días. Medicamentos para la presión arterial y la diabetes sin cargo en las farmacias minoristas y los pedidos por correo.

Evento médico Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no preferido (Pagará el monto máximo)	
	Medicamentos de marca preferida	Coseguro del 20% en las farmacias minoristas y los pedidos por correo	Coseguro del 20% en las farmacias minoristas y los pedidos por correo	Farmacia minorista: Suministro por 30 días. Pedido por correo: Suministro por 90 días.
	Medicamentos no preferidos	30% de coseguro en farmacias minoristas y pedidos por correo	30% de coseguro en farmacias minoristas y pedidos por correo	
	Medicamentos especializados	Copago de \$100 por surtido de receta	Copago de \$100 por surtido de receta	---Ninguna---
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$100 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Se requiere certificación previa para ciertas cirugías ambulatorias. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Honorarios de médicos/cirujanos	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa para ciertas cirugías ambulatorias. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	Copago de \$500 por visita	Copago de \$500 por visita	Copago exento en caso de hospitalización.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Se aplica un deducible al proveedor preferido.
	Atención de urgencia	Copago de \$80 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. La atención de urgencia para no emergencias implican un copago de \$40 para los proveedores preferidos.
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$200 por día, hasta un máximo de \$1,000	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Honorarios de médicos/cirujanos	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Servicios ambulatorios	Copago de \$40 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido.

Evento médico Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no preferido (Pagará el monto máximo)	
Si necesita servicios de salud mental o conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes internados	Copago de \$200 por día, hasta un máximo de \$1,000	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$40 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Servicios de centros para el parto	Copago de \$200 por día, hasta un máximo de \$1,000	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$40 por visita	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido.
	Servicios de habilitación	Copago de \$40 por visita	50% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	Copago de \$50 por día, hasta un máximo de \$250	50% de coseguro	Se aplica un deducible al proveedor no preferido. Límite de 120 visitas por año del plan . Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible .
	Servicios de hospicio	Sin cargo	50% de coseguro	Se aplica un deducible . Se requiere certificación previa. Se puede negar la cobertura hasta una penalidad máxima de \$200 si no se entrega una certificación previa.

Evento médico Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Pagará el monto mínimo)	Proveedor no preferido (Pagará el monto máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Administrado por Davis Vision	Administrado por Davis Vision	Beneficios administrados por Davis Vision. Visite www.davisvision.com para obtener más información sobre los beneficios oftalmológicos.
	Anteojos para niños	Administrado por Davis Vision	Administrado por Davis Vision	
	Examen odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| • Acupuntura | • Audífonos | • Atención de rutina de los pies |
| • Cirugía estética | • Tratamiento de infertilidad | • Programas de pérdida de peso |
| • Cuidado dental (adultos) | • Atención a largo plazo | |

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

- | | | |
|---|--|---|
| • Cirugía bariátrica | • Atención que no es de emergencia fuera de EE. UU. (Visite www.bcbsglobalcore.com) | • Cuidado de la vista de rutina (adultos) |
| • Atención quiropráctica (20 visitas por año del plan) | • Servicios de enfermería privada | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar con su cobertura cuando termine. Información de contacto de estas agencias: Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) en el U.S. Department of Labor (Departamento del Trabajo de EE. UU.): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podría tener otras opciones de cobertura, como 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: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene algún reclamo contra su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). 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 información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) ante su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: 1-844-864-4352 o ingrese en www.ibxtpa.com. 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

Por lo general, la [cobertura esencial mínima](#) incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros médicos u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP, Programa de Seguro Médico para Niños), 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 las primas](#).

¿Este plan cumple con el valor mínimo estándar? Sí

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

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:

- Correo postal: Independence Administrators, ATTN: Civil Rights Coordinator, 1900 Market Street, Philadelphia, PA 19103.
- Teléfono: 844-864-4352 (TTY 711)
- 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 ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (OCR, Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) de forma electrónica a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al 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>.

Servicios de asistencia de idiomas

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 مجاناً، اتصل بالرقم ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (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 ገንዘብ የቋንቋ አገልግሎቶች በገጸ 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: ສົ່ງຄວາມສະຫງົບ: 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: Áhéhéé': T'áá a'nííł nígíí bizaad yádaaltł'i nisin, yá'át'éehá ánída'át nisin, ákót'éego bee hółǫ́, bizaad yádaaltł'i nisin dah nishłí, yaałtsoh da t'ááji'ígíí ashkíí. 1-844-864-4352 t'áá baa yásht'i. (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា [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: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-864-4352 (TTY: 711) પર કોલ 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. با شماره ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤ تماس بگیرید (TTY: ٧١١).

Urdu: متوجہ یوں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبان کی معاونت کی خدمات، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (TTY: ٧١١) پر کل 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: ధ్యాన 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'wiidookaagoovan ii-noondam Ojibwemowin. ganoozhishinaam 1-844-864-4352 (TTY: 711) Gawain gidaw-diba'anziin.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago de especialista	\$40
■ Copago del centro hospitalario	\$200
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago de especialista	\$40
■ Copago del centro hospitalario	\$200
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$600
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$1,320

Fractura simple de Mia

(atención en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago de especialista	\$40
■ Copago del centro hospitalario	\$200
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,200

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