




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, Personify Health (aka HealthComp) 1-800-442-7247. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame 1-800-442-7247 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:				
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio individual hasta que el importe total de los gastos deducible pagados pro todos los miembros de la familia cubre el deducible total de la familia.				
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	N/A	Consulte la sección Eventos médicos comunes.				
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.				
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Red</th> <th>Fuera de la Red</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Por año calendario</i> \$3,000/Individual \$6,000/Familiar</td> <td><i>Por año calendario</i> \$10,000/Individual \$10,000/Familiar</td> </tr> </tbody> </table>	Red	Fuera de la Red	<i>Por año calendario</i> \$3,000/Individual \$6,000/Familiar	<i>Por año calendario</i> \$10,000/Individual \$10,000/Familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos deben alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta llegar al límite de gastos de bolsillo general de la familia.
Red	Fuera de la Red					
<i>Por año calendario</i> \$3,000/Individual \$6,000/Familiar	<i>Por año calendario</i> \$10,000/Individual \$10,000/Familiar					
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación del saldo (a menos que la facturación equilibrada este prohibida), atención medica que este plan no cubre y multas por contención de costos por no obtener la certificación previa cuando sea necesaria.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .				

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , visite www.anthem.com/ca o llame al 1-800-442-7247.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25/por visita + 20% coseguro	\$50/por visita + 40% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$25/por visita + 20% coseguro	\$50/por visita + 40% coseguro	
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Usted puede tener que pagar por los servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después verifique lo que su plan paga.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes	20% coseguro	40% coseguro	Puede requerirse una precertificación para ciertos servicios. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios 100%.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.Anthem.com .	Medicamentos genéricos	Venta minorista y por correo \$15/por prescripción	No cubierto	Venta Minorista: suministro para 30 días. Pedido por correo: suministro para 90 días. Medicamentos de especialidad se puede obtener a través del Programa de Farmacia Especializada.
	Medicamentos de marca preferidos	Venta minoristas y por correo \$40/por prescripción	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Venta pedidos minoristas y por correo \$60/por prescripción	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	50% coseguro	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	40% coseguro	Puede requerirse una precertificación para ciertos servicios. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios 100%.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$250/visit + 20% coinsurance		Fuera de la red los servicios que no son de emergencia en una sala de emergencias están cubiertos a \$250 por vista + 40% de coseguro.
	Transporte médico de emergencia	\$100/trip + 20% coinsurance		Fuera de la red los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia están cubiertos con un coseguro del 40%.
	Atención de urgencia	\$25/por visita + 20% coseguro	\$50/por visita + 40% coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Puede requerirse una precertificación. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios del 100%.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Oficina \$25/por visita + 20% coinsurance Otros servicios 20% coinsurance	Oficina \$50/por visita + 40% coseguro <hr/> Otros servicios 40% coseguro	Puede requerirse una precertificación previa para ciertos servicios. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios 100%.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coinsurance	40% coseguro	Puede requerirse una precertificación. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios del 100%.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	40% coseguro	El pago compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse coseguro . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
i necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% coseguro	40% conseguro	Ninguno
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% conseguro	Ninguno
	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% conseguro	
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	40% conseguro	
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% conseguro	Puede requerirse una precertificación. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios del 100%.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coseguro	40% conseguro	Puede requerirse una precertificación para ciertos servicios. Si no consigue la precertificación, pudieran reducirse los beneficios 100%.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No se cubre	No se cubre	Debe inscribirse en un plan de visión independiente para obtener beneficios de visión.
	Anteojos para niños	No se cubre	No se cubre	Debe inscribirse en un plan de visión independiente para obtener beneficios de visión.
	Control dental para niños	No se cubre	No se cubre	Debe inscribirse en un plan dental separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía estética• Atención dental (Adult)• Aparatos de audición• Tratamiento de fertilidad	<ul style="list-style-type: none">• Atención a largo plazo• Atención de no emergencia cuando viaje fuera de los EEUU• Cuidado de los ojos de rutina (adultos)• Enfermería privada	<ul style="list-style-type: none">• Atención podológica de rutina u ortótica (a no ser que esté relacionada con una enfermedad metabólica o de la periferia vascular)• Programas de Pérdida de peso (No se aplica al tratamiento medicamente necesario para la obesidad morbida.)
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica (Limitado a un procedimiento de por vida)	<ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica. (Limitado a 25 visitas por año calendario y \$25 máximo por día)	

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Personify Health (aka HealthComp) al 1-800-442-7247, la Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Personify Health (aka HealthComp) al 1-800-442-7247 or Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-4424-727.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, 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 solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas coseguro](#) 20%
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros (pruebas) [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,500

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,570

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copagos](#) \$25
- Hospital [coseguro](#) 20%
- Otros (Medicamentos de marca) [copagos](#) \$40

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$30

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,450

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copagos](#) \$25
- Hospital (Sala de emergencias) [coseguro](#) 20%
- Otros terapia física 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

[Costos compartidos](#)

Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$500

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,000

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.5