



El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención de la salud 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, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>. Para 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 una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (800) 934-2961 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000 /por una persona o \$6,000 /por familia. Proveedores dentro de la red . \$6,000 /por una persona o \$11,000 /por familia para Proveedores fuera de la red .	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 usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar total antes de que este plan comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Atención preventiva para proveedores dentro de la red .	Este plan cubre algunos elementos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,000 /individual u \$11,000 /familia para proveedores dentro de la red . \$11,000 /individual o \$33,000 /familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo ?	Servicios no considerados necesarios por motivos médicos por la Administración Médica o Anthem, primas , cargos correspondientes a saldo de facturación y atención médica que no cubra este plan .	Aunque pague estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí, Blue Card PPO. Consulte www.anthem.com/ca o llame al (800) 934-2961 para obtener un listado de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de



		laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si visita a un proveedor de atención médica en el consultorio o en la clínica	Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
	Visita a un especialista	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo	Coseguro del 50%	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son de atención preventiva. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si tiene que hacerse un análisis	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	Es posible que se requiera certificación previa
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	Es posible que se requiera certificación previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite http://www.cvshealth.com	Normalmente medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10/receta (venta minorista) y \$20/receta (entrega a domicilio)	Copago o coseguro de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia dentro y fuera de la red . El pedido por correo fuera de la red no tiene cobertura.	La mayoría de los servicios de entrega a domicilio son para 90 días de suministro. *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del plan o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	Normalmente medicamentos de marca/ preferidos (Nivel 2)	\$25/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$50 como máximo/receta (venta minorista) y \$65/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$125 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Copago o coseguro de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia dentro y fuera de la red . El pedido por correo fuera de la red no tiene cobertura.	
	Normalmente medicamentos no preferidos / especializados (Nivel 3)	\$50/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$100 como máximo/receta (venta minorista) y \$125/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$250 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Copago o coseguro de venta minorista más la diferencia entre los cargos de farmacia dentro y fuera de la red . El pedido por correo fuera de la red no tiene cobertura.	
	Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) (Nivel 4)	\$75/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$200 como máximo/receta (venta minorista) y \$75/receta o 20% de coseguro , lo que sea mayor hasta \$200 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
Si necesita atención de la salud inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 30%	Con cobertura como dentro de la red	-----Ninguna-----
	Transporte médico de	Coseguro del 30%	Con cobertura como	-----Ninguna-----

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	emergencia		dentro de la red	
	Atención de urgencia	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio Coseguro del 30% Otros servicios para pacientes ambulatorios Coseguro del 30%	Visita al consultorio Coseguro del 50% Otros servicios para pacientes ambulatorios Coseguro del 50%	Visita al consultorio -----Ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	Coseguro del 30% para la tarifa del médico para pacientes hospitalizados para proveedores dentro de la red. Coseguro del 50% para la tarifa del médico para pacientes hospitalizados para proveedores fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	La atención de maternidad incluye los análisis y servicios descritos en otros sitios del SBC (p. ej.: ecografías).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	
	Servicios para partos/nacimientos en un centro	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	120 visitas/período de beneficios. 4 horas es igual a una visita.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	Servicios para recuperación de habilidades	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	Se limita a 120 días/periodo de beneficios.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
	Servicios de hospicio	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	-----Ninguna-----
Si su hijo necesita atención dental o de los ojos	Examen oftalmológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la vista
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección sobre Servicios dentales

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Antojos para niños
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Atención de rutina de la vista
- Atención dental (adultos)
- Programas para bajar de peso
- Chequeo dental pediátrico
- Cuidado de largo plazo

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura: 20 visitas/periodo de beneficios
- Dispositivos para la audición: 1/oído cada 3 años
- Cirugía bariátrica para [proveedores dentro de la red](#).
- La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos; consulte www.bcbsglobalcore.com
- Atención quiropráctica: 24 visitas/periodo de beneficios.
- Beneficios de fertilidad (1 ciclo)

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden brindar ayuda si usted desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, por teléfono al (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información acerca del [mercado de seguros](#), visite www.healthcare.gov/ o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o una apelación: hay agencias que pueden ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Este [reclamo](#) se llama queja o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), PO Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0159

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/aso>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

[La cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye planes y seguro de salud disponibles a través del mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no satisface los [estándares de valor mínimos](#), es posible que usted sea elegible para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [mercado de seguros](#).

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

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura propia.

Peg tuvo un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	30%
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios para partos/nacimientos en un centro

[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

[Visita a un](#) [especialista](#) (*anestesia*)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	30%
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Visitas al consultorio del](#) [médico de atención primaria](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	30%
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencia](#) (*incluye suministros médicos*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
En total, Peg pagaría	\$5,970

Ejemplo de costo total	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$70
Coseguro	\$700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
En total, Joe pagaría	\$3,790

Ejemplo de costo total	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
En total, Mia pagaría	\$2,800

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