



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, visite www.myhealthbenefits.com. 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 www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame a BRMS al 1-844-277-8284 para pedir una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$500/Individuo o \$1,200/Familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene miembros de su familia en el plan , cada miembro debe pagar su deducible individual hasta que el monto del deducible familiar es alcanzado.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Servicios de atención preventiva , visitas al consultorio, medicamentos con receta y consultas de telemedicina.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario cumplir con el deducible para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$5,000/Individuo o \$10,000/Familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite a los gastos directos del bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación del saldo de proveedor , las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios, y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Servicios del Proveedor: Sí. Para obtener una lista de proveedores , visite www.anthem.com/ca .	Servicios del Proveedor: Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Paga mas si obtiene cobertura si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro 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 servicios.
	Servicios de Instalaciones: No existe red para instalaciones. Comuníquese con ClaimDOC al 1-888-330-7295 o visite portal.claim-doc.com para obtener ayuda para presentar el plan en su centro preferido o para encontrar un centro (sala de emergencia, ambulatorio, hospitalizado, estudios de imágenes y otros centros).	Servicios de Instalaciones: Cuando sus instalaciones de atención médica envían sus reclamos médicos para su procesamiento, usted es responsable de su responsabilidad como paciente (copago, deducible y coseguro) tal como aparece en su Explicación de beneficios (EOB) que recibe de BRMS.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista de su preferencia sin un referido (recomendado).



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) Servicios de Instalaciones: Acceso Abierto	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25/visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	Anthem Live Health Online: \$0/visita. Los servicios de Telemedicina proporcionados por un médico de atención primaria o un especialista estarán cubiertos de la misma manera que cualquier otra visita al consultorio con ese proveedor .
	Visita al especialista	\$50/visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	

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)	
			Servicios de Instalaciones: Acceso Abierto	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos . Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro después del deducible		Algunos servicios pueden requerir una autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.welldynrx.com o llame 1-888-479-2000	Medicamentos genéricos	Venta minorista: \$10/receta Por correo: \$20/receta	Sin cobertura	Venta minorista: Cubre un suministro de hasta 34 días. Pedido por correo: Suministro de 90 días. Por correo: Farmacia WellDyne.
	Medicamentos de marcas preferidas	Venta minorista: \$30/receta Por correo: \$60/receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta minorista: \$55/receta Por correo: \$110/receta	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	\$350/receta	Sin cobertura	Los medicamentos especializados deben obtenerse a través de la Farmacia Especializada de WellDyne, después de un surtido en una farmacia minorista participante.

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) Servicios de Instalaciones: Acceso Abierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro después del deducible		Es posible que para algunos servicios se necesite autorización previa .
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de coseguro después del deducible		
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	\$500 copago + 20% de coseguro después del deducible		Los servicios para pacientes internados requieren una autorización previa .
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	Usted es responsable de la facturación del saldo si no es verdadera emergencia.
	Atención de urgencia	\$50/visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro después del deducible		Los servicios requieren una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible		Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$25/visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	20% de coseguro después del deducible		Los servicios requieren una autorización previa .

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) Servicios de Instalaciones: Acceso Abierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25/visita no se aplica el deducible	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos .
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro después del deducible	<u>Servicios Profesionales Basados en Instalaciones:</u> 20% de coseguro después del deducible <u>Servicios Profesionales Basados en Laboratorio/Oficina:</u> Sin cobertura	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios explicados en otras partes del contrato (es decir, ultrasonido). Los honorarios profesionales prestados en un establecimiento tienen un coseguro del 20% después del deducible .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro después del deducible		Se requiere autorización previa para los partos vaginales que necesiten una estadía superior a las 48 horas y para las cesáreas que necesiten una estadía superior a las 96 horas.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Los servicios requieren una autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro después del deducible		Ninguna
	Servicios de habilitación	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible		Debe comenzar en el plazo de 14 días desde una estadía como paciente internado que sea de 3 días como mínimo. Límite de 100 días por año calendario. Los servicios requieren una autorización previa .

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) Servicios de Instalaciones: Acceso Abierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro después del deducible	Servicios Profesionales Basados en Instalaciones: 20% de coseguro después del deducible Servicios Profesionales a Domicilio: No cubierto	Limitado a 210 días de por vida. Incluye 15 sesiones familiares de ayuda psicológica por duelo. Los servicios requieren una autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Consulte el plan de visión.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Consulte el plan de visión.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Consulte el plan dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura - Servicios quiroprácticos - Cirugía estética	- Audífonos - Atención a largo plazo - Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos	- Atención de la vista de rutina (adultos) - Cuidado de los pies de rutina - Programas de pérdida de peso
--	---	---

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Servicios odontológicos (adultos; solo por accidente) - Cirugía bariátrica (si es médicamente necesario)	Tratamiento de infertilidad (máximo de \$5,000 de por vida)	Servicios de enfermería privada (solo dentro de la red)
---	---	---

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: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform o Benefit & Risk Management Services, Inc. (BRMS) al 1-844-277-8284. 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 Benefit & Risk Management Services (BRMS) al 1-844-277-8284.

¿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 1-844-277-8284.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador 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 termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y otros factores. Enfóquese en los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Paola está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago al especialista	\$50
■ Copago del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros copagos	\$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas
 (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,970

Control de la diabetes tipo 2 de Juan

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago al especialista	\$50
■ Copago del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros copagos	\$30

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario
 (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$600
Coseguro	\$80
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,200

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago al especialista	\$50
■ Copago del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros copagos	\$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencia (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,100