



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de cuidado de la salud cubiertos. **NÓTESE:** la información sobre del costo de este [plan \(prima\)](#) se entregará por separado. Esto es solo un resumen. Para acceder a más información acerca de su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.Myevhc.com. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como [monto asignado](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el glosario visitando el sitio <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamando al 1-877-877-3496 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible total?	Para proveedores de la red : \$3.000 individuo/ \$6.000 familia por año calendario Para proveedores fuera de la red : \$3.000 individuo / \$6.000 familia por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en la póliza, el deducible general de la familia se debe alcanzar antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los cuidados preventivos tienen cobertura antes de que usted cumpla con su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si usted no ha alcanzado la cantidad del deducible . Pero podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin gastos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no necesita alcanzar los deducibles en servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal para este plan ?	Para proveedores de la red : \$4.000 individuos/ \$8.000 familia por año calendario. (no más de \$4.000 por individuo en la familia) Para proveedores fuera de la red : \$6.000 individuo / \$12.000 familia por año calendario. (no más de \$8.000 por individuo en la familia)	El límite de desembolso personal es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso personal hasta que toda la familia haya alcanzado el límite de desembolso personal .
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal ?	Primas , cargos por facturación de saldos , cuidados sanitarios que este plan no cubra y sanciones por incumplimiento para obtener una preautorización por servicios.	Aún si usted los pague, estos gastos no se consideran para el límite de desembolso personal .
¿Pagaría menos si usa un proveedor dentro de la red ?	Sí, consulte el sitio www.anthem.com/ca o llame al 1-877-877-3496 para ver una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir un factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que su [deducible](#) se ha cumplido, si corresponde un [deducible](#).

Situación médica común	Servicios que pueda necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de cuidado de la salud.	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Visita a un especialista	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Cuidado preventivo/exámenes/vacunación	Son cargo; no aplica el deducible	30% de coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que su plan pagará.
Si tiene un examen médico	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Imágenes (TAC/escaneos PET, RMI)	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de cobertura de medicamentos de receta en www.caremark.com .	Medicamentos genéricos	Venta minorista: copago de \$10 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento \$30 copago después del deducible .	No está cubierto.	El copago y deducible se aplican a un suministro de 31 días al por menor, a un suministro de 32-90 días por correo y a un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento en cualquier farmacia minorista. El copago y deducible no aplican a medicamentos preventivos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
	Medicamentos de marcas preferidas	Venta minorista: copago de \$30 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento copago de \$90 después del deducible .	No está cubierto.	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta minorista: copago de \$50 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento copago de \$150 después del deducible .	No está cubierto.	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, revise el [plan](#) o documento de póliza en www.Myevhc.com.

Situación médica común	Servicios que pueda necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de especialidad	Lo mismo que arriba	No está cubierto.	Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días para la venta al por menor o por correo. Se deben obtener todos los medicamentos especializados por medio de CVS Specialty.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Derechos de la institución (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro	30% de coseguro	Después del deducible.
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en sala de emergencias	\$100 por copago /visita	Aplica el beneficio de proveedores de la red .	Si se lo permite, no se cobra el copago .
	Transporte médico de emergencia	0% de coseguro	Aplica el beneficio de proveedores de la red .	Ninguna.
	Cuidado de urgencia	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
Si tiene una estancia hospitalaria	Derechos por la institución (por ej., habitación en el hospital)	0% de coseguro	30% de coseguro	Se requiere de una preautorización . La falta de una preautorización podría suponer una multa de \$750.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o toxicomanía	Servicios ambulatorios	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Servicios a pacientes internados	0% de coseguro	30% de coseguro	Se requiere de una preautorización . La falta de una preautorización podría suponer una multa de \$750.
Si está embarazada	Visitas de consultorio	0% de coseguro	30% de coseguro	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, revise el [plan](#) o documento de póliza en www.Myevhc.com.

Situación médica común	Servicios que pueda necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	0% de coseguro	30% de coseguro	aplicar un deducible . El cuidado de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ecografías).
	Servicios de instalaciones para parto/nacimiento	0% de coseguro	30% de coseguro	
Si necesita recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Asistencia médica domiciliaria	0% de coseguro	30% de coseguro	Tiene un límite de 100 visitas/año calendario. Se requiere de una preautorización . La falta de una preautorización podría suponer una multa de \$750.
	Servicios de rehabilitación	0% de coseguro	30% de coseguro	Tiene un límite de 20 visitas de fisioterapia y 20 visitas de terapia del habla, auditiva y ocupacional. La atención quiropráctica tiene un límite de 20 visitas.
	Servicios de habilitación	0% de coseguro	30% de coseguro	Los servicios tienen cobertura cuando son médicamente necesarios para tratar una enfermedad mental (por ejemplo, autismo)
	Cuidado idóneo de enfermería	0% de coseguro	30% de coseguro	Tiene un límite de 100 días/año calendario. Se requiere de una preautorización . La falta de una preautorización podría suponer una multa de \$750.
	Equipo médico duradero	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
	Servicios de cuidado paliativo	0% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna.
Si su hijo necesita cuidado dental o visual	Examen ocular para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Lentes para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Visita dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos u otros servicios incluidos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Chequee su documento de póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental;
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado de largo plazo
- Cuidado de no emergencia cuando viaje fuera de EE.UU.
- Enfermería privada
- Cuidado ocular de rutina (Adulto)
- Controles podológicos rutinarios
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden sufrir limitaciones de cobertura. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidados quiroprácticos (con un límite de 20 visitas)

Sus derechos de continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de dichas agencias es: Administración de Seguridad del Empleado del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Puede tener otras opciones de cobertura a su disposición también, incluyendo la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros de salud](#). Para más información sobre el [mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Sus derechos de presentar una queja o apelación: Hay agencias que lo pueden ayudar si usted tiene un reclamo contra su [plan](#) por negar un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [reclamación](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, busque la explicación de los beneficios que usted recibirá por ese [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información complete sobre cómo ingresar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) del plan por cualquier razón. Para obtener más información acerca de sus derechos, de esta notificación o asistencia, contáctese con la: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo, al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan provee cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura mínima esencial](#) generalmente comprende [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de seguros de salud](#) u otras pólizas de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y alguna otra cobertura. Si cumple con los requisitos necesarios de determinados tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea apto para acceder a un [crédito fiscal para el pago de la prima](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal para el pago de la prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de seguros de salud](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-877-877-3496.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-877-3496.

Chino: (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-877-877-3496.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-877-3496.

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

Declaración de divulgación de la PRA (por sus siglas en inglés): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo necesario para llenar esta recopilación de información se estima en una media de **0,08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y cumplimentar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de los ejemplos de esta cobertura:

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, revise el [plan](#) o documento de póliza en www.Myevhc.com.



Esta no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales podrían ser distintos según el cuidado real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar según los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible total del plan	\$3.000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros coseguros	0%

Este EJEMPLO de un acontecimiento cubre servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de uso de las instalaciones para el nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y pruebas de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12.700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$3.000
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está incluido</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3.070

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$3.000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros coseguros	0%

Este EJEMPLO de un acontecimiento cubre servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación para la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*pruebas de sangre*)
[Medicamentos de receta](#)
[Equipamiento médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5.600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1.900
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está incluido</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$2.420

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$3.000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros coseguros	0%

Este EJEMPLO de un acontecimiento cubre servicios como:

[Cuidado en sala de emergencias](#) (*incluyendo insumos médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipamiento médico durable](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$2.800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2.800
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está incluido</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2.810

El [plan](#) se haría responsable por los otros costos de estos servicios cubiertos en el EJEMPLO.