



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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> : <b>\$3.000</b> individuo/ <b>\$6.000</b> familia por año calendario Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : <b>\$3.000</b> individuo / <b>\$6.000</b> familia por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> 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 <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los <a href="#">cuidados preventivos</a> tienen cobertura antes de que usted cumpla con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios incluso si usted no ha alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Pero podría aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">gastos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte la lista de servicios <a href="#">preventivos cubiertos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no necesita alcanzar los <a href="#">deducibles</a> en servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> : <b>\$4.000</b> individuos/ <b>\$8.000</b> familia por año calendario. (no más de <b>\$4.000</b> por individuo en la familia) Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : <b>\$6.000</b> individuo / <b>\$12.000</b> familia por año calendario. (no más de <b>\$8.000</b> por individuo en la familia)	El <a href="#">límite de desembolso personal</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de desembolso personal</a> hasta que toda la familia haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> , cuidados sanitarios que este <a href="#">plan</a> no cubra y sanciones por incumplimiento para obtener una <a href="#">preautorización</a> por servicios.	Aún si usted los pague, estos gastos no se consideran para el <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Pagaría menos si usa un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí, consulte el sitio <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al 1-877-877-3496 para ver una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir un factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el <a href="#">del proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> 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 <b>proveedor</b> de cuidado de la salud.	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Cuidado preventivo/exámenes/vacunación</a>	Son cargo; no aplica el <a href="#">deducible</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si tiene un examen médico	<a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Imágenes (TAC/escaneos PET, RMI)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de <a href="#">cobertura de medicamentos de receta</a> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> .	Medicamentos genéricos	Venta minorista: <a href="#">copago</a> de \$10 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento \$30 <a href="#">copago</a> después del <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	El <a href="#">copago</a> y <a href="#">deducible</a> 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 <a href="#">copago</a> y <a href="#">deducible</a> no aplican a medicamentos preventivos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
	Medicamentos de marcas preferidas	Venta minorista: <a href="#">copago</a> de \$30 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento <a href="#">copago</a> de \$90 después del <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta minorista: <a href="#">copago</a> de \$50 Pedido por correo y suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento <a href="#">copago</a> de \$150 después del <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, revise el [plan](#) o documento de póliza en [www.Myevhc.com](http://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)	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Lo mismo que arriba	No está cubierto.	Los <a href="#">medicamentos especializados</a> están limitados a un suministro de 31 días para la venta al por menor o por correo. Se deben obtener todos los <a href="#">medicamentos especializados</a> por medio de CVS Specialty.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Derechos de la institución (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Después del deducible.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Cuidado en sala de emergencias</a>	\$100 por <a href="#">copago</a> /visita	Aplica el beneficio de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Si se lo permite, no se cobra el <a href="#">copago</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Aplica el beneficio de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Ninguna.
	<a href="#">Cuidado de urgencia</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
Si tiene una estancia hospitalaria	Derechos por la institución (por ej., habitación en el hospital)	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere de una <a href="#">preautorización</a> . La falta de una <a href="#">preautorización</a> podría suponer una multa de \$750.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o toxicomanía	Servicios ambulatorios	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Servicios a pacientes internados	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere de una <a href="#">preautorización</a> . La falta de una <a href="#">preautorización</a> podría suponer una multa de \$750.
Si está embarazada	Visitas de consultorio	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a los <a href="#">servicios preventivos</a> . 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](http://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 <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	aplicar un <a href="#">deducible</a> . 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 <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Asistencia médica domiciliaria</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Tiene un límite de 100 visitas/año calendario. Se requiere de una <a href="#">preautorización</a> . La falta de una <a href="#">preautorización</a> podría suponer una multa de \$750.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Tiene un límite de terapia del 40 visitas de fisioterapia y ocupacional y 20 visitas de terapia del habla y auditiva. La atención quiropráctica tiene un límite de 20 visitas.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Los servicios tienen cobertura cuando son médicamente necesarios para tratar una enfermedad mental (por ejemplo, autismo)
	<a href="#">Cuidado idóneo de enfermería</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Tiene un límite de 100 días/año calendario. Se requiere de una <a href="#">preautorización</a> . La falta de una <a href="#">preautorización</a> podría suponer una multa de \$750.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Servicios de cuidado paliativo</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o visual</b>	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](http://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](http://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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$3.000
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12.700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

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

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$3.000
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5.600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

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

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$3.000
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2.800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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