




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (800) 284-2466 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$1,500/por una persona o \$3,000/por familia. Todos los <a href="#">proveedores</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> familiar total antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados servicios preventivos sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	\$2,500/por una persona o \$4,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la red. \$2,500/por una persona o \$4,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la red.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> 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 <a href="#">plan</a> , se debe alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos correspondientes a <a href="#">saldo de facturación</a> y atención médica que no cubra este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí, Prudent Buyer PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al (800) 284-2466 para obtener un listado de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenece a la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará el monto más alto si usa un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">saldo de facturación</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.

¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted desee sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .
--	-----	---

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$350 como máximo/visita para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$800 como máximo/examen para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de</a>	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	\$5/receta (venta minorista) y \$10/receta (entrega a domicilio)	\$5/receta (solo venta minorista) más el 50% del costo del medicamento recetado hasta \$250 como máximo/receta	Administrado por MedImpact  *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del <a href="#">plan</a> 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 [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<a href="#">medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.medimpact.com/jpia">www.medimpact.com/jpia</a>	Nivel 2: Normalmente medicamentos <a href="#">preferidos</a> /de marca	\$20/receta (venta minorista) y \$40/receta (entrega a domicilio)	\$20/receta (solo venta minorista) más el 50% del costo del medicamento recetado hasta \$250 como máximo/receta	Los medicamentos de mantenimiento están sujetos a servicios de entrega a domicilio obligatorios después de que se hayan realizado dos abastecimientos de venta minorista en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento también pueden surtir en Walmart, Costco o Sam's Club. Usted paga coseguro o copagos adicionales para abastecimientos de venta minorista de todos los niveles que excedan los 30 días.  La mayoría de las entregas a domicilio son para suministro de 90 días.  <b>Medicamentos especializados:</b> Solo entrega a domicilio; suministro para 30 días como máximo
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no <a href="#">preferidos</a> /de marca	\$50/receta (venta minorista) y \$100/receta (entrega a domicilio)	\$50/receta (solo venta minorista) más el 50% del costo del medicamento recetado hasta \$250 como máximo/receta	
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	Genéricos: \$5/receta De marca: 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$100 como máximo/receta	Sin cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$350 como máximo/visita para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$100/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a> , luego, 20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	El copago se cancela si el paciente es admitido. 20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$600 como máximo/día para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 20% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 40% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio Incluye <a href="#">equipo médico duradero</a> . Otros servicios para pacientes ambulatorios Incluye <a href="#">equipo médico duradero</a> .
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$600 como máximo/día para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> . 20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . 40% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$600 como máximo/día para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> . La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	100 visitas/periodo de beneficios.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección sobre servicios terapéuticos o la sección sobre salud

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	mental y abuso de sustancias para dichos servicios
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección sobre <a href="#">equipo médico duradero</a>
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la visión
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

## 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](#).)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Exámenes de la vista de un niño</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental (adultos)</li><li>• Anteojos para niños</li><li>• Servicios de enfermería privada</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Chequeo dental</li><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|---|--|---|

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto</li><li>• Atención quiropráctica: 30 visitas/ periodo de beneficios.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura: 12 visitas/ periodo de beneficios.</li><li>• Los audífonos tienen un límite de 1/oído cada 3 años. (Se incluyen audífonos digitales).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a></li></ul> |
|---|---|--|

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, (800) 927-HELP (4357). Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), 1-213-897-8921, 1-800-482-4TDD (4633), [www.insurance.ca.gov/](http://www.insurance.ca.gov/)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí/No**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

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

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.acwajpia.com/member-agency-benefits](http://www.acwajpia.com/member-agency-benefits).

## 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 muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud 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.

### Peg está embarazada

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

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 hipotético	\$12,370
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguro</a>	\$980
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,550</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos por recetas](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,389
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$450
<a href="#">Coseguro</a>	\$346
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,351</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)  
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,925
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$85
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,585</b>

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