



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) 227-3641 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	No.	Deberá alcanzar el <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> pague cualquier servicio.
¿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> ?	\$500/por una persona o \$1,500/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . Este <a href="#">plan</a> tiene un máximo de gastos de bolsillo de farmacia separado de \$6,100/por miembro o \$11,700/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .	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> , estos deben alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Servicios relacionados con la infertilidad, <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, California Care HMO. Consulte <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame al (800) 227-3641 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> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos de ver a un <a href="#">especialista</a> para los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene una <a href="#">referencia</a> antes de ver al <a href="#">especialista</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	\$10/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$10/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	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)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en	Nivel 1: Medicamentos Genéricos	\$5/receta (venta minorista) y \$10/receta (entrega a domicilio)	\$5/receta (venta minorista) más el 50% de lo que reste de la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a> y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados hasta \$250 como máximo/receta	

\* 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="http://www.anthem.com/ca/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/ca/pharmacyinformation/</a> Nacional	Nivel 2: Medicamentos de marca incluidos en el formulario	\$20/receta (venta minorista) y \$40/receta (entrega a domicilio)	\$20/receta (venta minorista) más el 50% de lo que reste de la <u>cantidad aprobada</u> máxima para <u>medicamentos recetados</u> y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados hasta \$250 como máximo/receta	La mayoría de los servicios de entrega a domicilio son para 90 días de suministro. *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del <u>plan</u> o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).
	Nivel 3: Medicamentos de marca no incluidos en el formulario	\$50/receta (venta minorista) y \$100/receta (entrega a domicilio)	\$50/receta (venta minorista) más el 50% de lo que reste de la <u>cantidad aprobada</u> máxima para <u>medicamentos recetados</u> y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados hasta \$250 como máximo/receta	
	Medicamentos <u>especializados</u> (de marca y genéricos)	20% de coseguro hasta un máximo de \$100/receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta un máximo de \$200/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	** Los medicamentos especializados deben ser llenados por la farmacia de especialidades.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$50/visita	Con cobertura como dentro de la <u>red</u>	El copago se cancela si el paciente es admitido. Sin cargo para los honorarios del médico de la sala de emergencias.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$50/viaje	Con cobertura como dentro de la <u>red</u>	-----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)	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$10/visita	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	Los servicios fuera de la <a href="#">red</a> solo tienen cobertura cuando se brindan fuera del área. Para servicios dentro del área, comuníquese con su PCP o grupo médico.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio \$10/visita Otros servicios para pacientes ambulatorios Sin cargo	Visita al consultorio Sin cobertura Otros servicios para pacientes ambulatorios Sin cobertura	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . Sin cobertura para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura	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	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$10/visita	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$10/visita	Sin cobertura	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de 100 días/periodo de beneficios para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .

\* 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="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----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](#).)

- Cirugía cosmética
- Exámenes de la vista para niños
- Atención a largo plazo
- Atención de los ojos de rutina (adultos)
- Atención dental (adultos)
- Anteojos para niños
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Chequeo dental
- Audífonos
- Servicios de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad
- 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](#).)

- Aborto
- Atención quiropráctica: 90 visitas/ periodo de beneficios.
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica

**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: Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219, <https://www.dnhc.ca.gov/>. 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)

Department of Managed Health Care, California Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (888) 466-2219,

<https://www.dnhc.ca.gov/>

California Department of Managed Health Care Help Center, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, [www.dnhc.ca.gov](http://www.dnhc.ca.gov), [helpline@dmhc.ca.gov](mailto:helpline@dmhc.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

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

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>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

#### 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	\$12,730
------------------------	----------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$70
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$130</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>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

#### 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>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$530
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$585</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>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

#### 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>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$120
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$120</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.