




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. 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/ o llamar al (800) 284-2466 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$500/por una persona o \$1,000/por familia. Todos los proveedores .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva , medicamentos con receta, visita de atención primaria y visita al especialista para proveedores dentro de la red .	Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ?	\$3,000/por una persona o \$6,000/por familia para proveedores dentro de la red . \$10,000/por una persona para proveedores fuera de la red . Este plan tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$3,600/por miembro o \$7,200/por familia para medicamentos recetados de proveedores dentro de la red .	El límite de gastos de bolsillo 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 plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Multas por no obtener preautorización , primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que no cubra este plan .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco	Sí, Prudent Buyer PPO. Consulte	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que

menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	www.anthem.com/ca o llame al (800) 284-2466 para obtener un listado de los proveedores de la red . Los costos pueden variar según el centro de servicios y cómo facture el proveedor.	pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia .

 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 pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20/visita; no se aplica deducible	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	\$20/visita; no se aplica deducible	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	40% de coseguro	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	\$350 como máximo/visita para proveedores fuera de la red .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	\$800 como máximo/servicio para proveedores fuera de la red .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos	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 plan o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado). Los medicamentos de mantenimiento están sujetos a

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
con receta en www.medimpact.com/jpia	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /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	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 surtirse en Walmart, Costco, Sam's Club, Albertsons, Vons, Pavilions, Safeway o Ralphs. 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. Medicamentos especializados: Solo entrega a domicilio; suministro para 30 días como máximo.
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos /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	
	Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	Genéricos: \$5/receta De marca: 20% de coseguro 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 coseguro	40% de coseguro	\$350 como máximo/admisión para proveedores fuera de la red .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$50/visita, luego, 20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	Se cancela el copago si el paciente es admitido. 20% de coseguro para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	\$20/visita; no se aplica deducible	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	10% de coseguro como multa si no se obtiene preautorización fuera de la red . \$600 como máximo/día para admisiones que

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				no sean de emergencia para proveedores fuera de la red .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio \$20/visita; no se aplica deducible Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de coseguro	Visita al consultorio 40% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de coseguro	Visita de oficina -----ninguna----- Otro ambulatorio -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de coseguro	40% de coseguro	Multa de coseguro del 10% si no se obtiene la autorización previa fuera de la red . \$600 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . 20% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores dentro de la red . 40% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para Proveedores fuera de la red .

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/>.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	Internos: Multa de coseguro del 10% si no se obtiene la autorización previa fuera de la red . \$600 de beneficio máximo/día para admisiones que no sean de emergencia para Proveedores fuera de la red . La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). *La cobertura incluye servicios de conservación de la fertilidad, diríjase a la sección Conservación de la fertilidad.
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	100 visitas/periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	100 días/periodo de beneficios para servicios de enfermería especializada.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	*Consulte la sección Equipo médico duradero .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

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 | • Atención dental (adultos) | • Atención dental (pediátrica) |
| • Chequeo dental | • Exámenes de la vista para niños | • Anteojos para niños |
| • Tratamiento de la infertilidad | • Atención a largo plazo | • Atención de los ojos de rutina (adultos) |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/>.

- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- 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](#).)

- Acupuntura: 12 visitas/periodo de beneficios
- Audífonos: 1 artículo/oído cada 3 años
- Cirugía bariátrica
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Atención quiropráctica: 30 visitas/periodo de beneficios en combinación con todas las demás terapias
- Servicios de enfermería privada a domicilio únicamente

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.dmhc.ca.gov/>, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. 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 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

California Consumer Assistance Program, Operated by the California Department of Managed Health Care, 980 9th St, Suite #500, Sacramento, CA 95814, (888) 466-2219, <https://www.dmhc.ca.gov/>

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? 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

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 <https://eoc.anthem.com/eocdps/ca/>.

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 deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	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	\$14,170
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,490
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	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	\$7,655
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$320
Copagos	\$920
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,295

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Copago del especialista	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	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	\$1,978
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$500
Copagos	\$60
Coseguro	\$284
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$844

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