




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) 227-3641 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0.	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No.	Deberá alcanzar el deducible antes de que el plan pague cualquier servicio.
¿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 ?	\$500/por una persona o \$1,500/por familia para proveedores dentro de la red . Este plan tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$6,100/por una persona y \$11,700/para medicamentos recetados .	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 ?	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 menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí, California Care HMO. Consulte www.anthem.com/ca o llame al (800) 227-3641 para obtener un listado de los proveedores de la red . Los costos pueden variar según el centro de servicios y cómo facture el proveedor.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que 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 ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de ver a un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene una referencia antes de ver al especialista .
--	-----	---

 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	\$10/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Visita al especialista	\$10/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	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)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/	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 cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados 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 un suministro para 90 días. Para obtener más información, consulte la “Lista de medicamentos nacionales” en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del plan o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).
	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 cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados hasta	

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

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)	
			\$250 como máximo/receta	
	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 cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados hasta \$250 como máximo/receta	
	Nivel 4: Medicamentos especializados (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.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$50/visita	Con cobertura como dentro de la red	Se cancela el copago si el paciente es admitido. Sin cargo para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	\$50/viaje	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	\$10/visita	Con cobertura como dentro de la red	Los servicios fuera de la red solo tienen cobertura cuando se brindan fuera del área. Para servicios dentro del área, comuníquese con su PCP o grupo médico.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	-----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.

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 necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	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	-----ninguna-----
	Servicios internos	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores dentro de la red . Sin cobertura para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores fuera de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10/visita	Sin cobertura	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías). *La cobertura incluye servicios de preservación de la fertilidad; consulte la sección Preservación de la fertilidad.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Servicios de rehabilitación	\$10/visita	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	Servicios de habilitación	\$10/visita	Sin cobertura	
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	100 días/periodo de beneficios para servicios de enfermería especializada para proveedores dentro de la red .
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	*Consulte la sección Equipo médico duradero .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	-----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	-----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.

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">• Cirugía cosmética• Chequeo dental• Audífonos• Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.• Programas de pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none">• Atención dental (adultos)• Exámenes de la vista para niños• Tratamiento de la infertilidad• Atención de los ojos de rutina (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Atención dental (pediátrica)• Anteojos para niños• Atención a largo plazo• Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes |
|---|---|--|

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">• Acupuntura• Servicios de enfermería privada a domicilio únicamente | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica: 90 visitas/periodo de beneficios |
|---|--|--|

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

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/>

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](#).

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

¿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.

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	\$0
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$70
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$130

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	\$0
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$530
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$585

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)

Servicios de parto profesionales

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$120

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