



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, contacte Health Benefits Department at (530)378-8200. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar (530) 378-8200 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$250/individual o \$500/familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cubrir su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva está cubierta antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$2,000 individual / \$4,000 familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , visite www.anthem.com/ca.com o llame al (530) 378-8200.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Muchos tienen que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica llamada (530) 378-8200	Medicamentos genéricos	20% coseguro	No cubierto	El miembro debe enviar los recibos de pago de medicamentos recetados al plan para su reembolso.
	Medicamentos de marca	40% coseguro	No cubierto	
	Diabetes (programa de bienestar)	0% coseguro	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	40% coseguro	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	20% coseguro	Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un proveedor no preferido que no sea una emergencia
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	
	Atención de urgencia	20% coseguro	20% coseguro	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	20% coseguro	Se requiere Preautorización para la hospitalización del paciente. Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un proveedor no preferido que no sea una emergencia
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% coseguro	20% coseguro	Los únicos beneficios por abuso de sustancias disponibles son para empleados con el programa EAP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro	20% coseguro	Se requiere Preautorización para la hospitalización del paciente. Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un proveedor no preferido que no sea una emergencia. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados no están cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% coseguro	20% coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Los beneficios por madurez se limitan a empleados y cónyuges.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	20% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	20% coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% coseguro	20% coseguro	18 visitas/12 meses. Incluye terapia física restaurativa, terapia del habla y terapia ocupacional. Servicios de enfermería registrados en lugar de hospitalización únicamente
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	20% coseguro	
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	20% coseguro	Servicios de enfermería registrados en lugar de hospitalización únicamente
	Equipo médico duradero	20% coseguro	20% coseguro	Limitado a la compra o alquiler de equipo que sea menor según la Política del Comité Administrativo: Equipo médico duradero.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cubierto	No cubierto	Ninguno
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	20% coseguro	20% coseguro	80% de \$ 200/24 meses
	Anteojos para niños	20% coseguro	20% coseguro	
	Control dental para niños	20% coseguro	20% coseguro	80% de \$ 1250 / año

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Servicios de habilitación

- Servicios de hospicio
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo

- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Cirugía bariátrica (solo programa de peso)
- Atención quiropráctica (80% de \$ 50 / visita. 18 visitas por 12 meses.)
- Atención dental (adultos) 80% de \$1,250/año

- Aparato del oído para sordos (80% de \$ 500 por 36 meses)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los US
- Cuidado de los ojos de rutina(adultos) 80% de \$ 200/24 meses

- Cuidado rutinario de los pies
- Programa de control de peso (solo empleado y cónyuge)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Una lista de estados con programas de asistencia al consumidor está disponible en http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer_assistance-Grants/.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-225-5254, código de cliente: 99937

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-225-5254, customer code: 99937

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$250
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,750

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$2,060
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$250
Copagos	\$0
Coseguro	\$980

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$230
-----------------------	-------

El total que Joe pagaría es	\$1,460
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

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

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$250
Copagos	\$0
Coseguro	\$250

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$760
------------------------------------	--------------

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