

Su Resumen de Beneficios



Anthem Blue Cross

Fecha de entrada en vigencia: 1° de enero de 2018

Su plan: University of California Health Savings Plan (HSP)

Su red: Anthem Prudent Buyer PPO

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte el folleto de beneficios formal de UC Health Savings Plan. Si hay una diferencia entre este resumen y el folleto de beneficios de UC Health Savings Plan, el folleto de beneficios de UC Health Savings Plan prevalecerá.

Beneficio máximo de por vida: Sin límite

Se ofrece una descripción de la cobertura de medicamentos recetados por separado.

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Deducible por año calendario <i>Consulte la sección de notas para comprender cómo se aplica el deducible. El deducible dentro de la red se acumula para alcanzar el deducible fuera de la red. El deducible fuera de la red no se acumula para alcanzar el deducible dentro de la red. El deducible familiar no está integrado, lo que significa que la distribución de costos de todos los miembros de la familia se aplica a un deducible familiar compartido. El deducible individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura de una sola persona.</i></p>	<p>\$1,350 Individual / \$2,700 Familiar</p>	<p>\$2,550 Individual / \$5,100 Familiar</p>
<p>Límite de gastos de bolsillo <i>Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar la distribución de costos durante el resto del periodo de beneficios. Se aplican copagos de farmacia a su gasto máximo de bolsillo. El gasto de bolsillo dentro de la red se acumula para alcanzar el gasto de bolsillo fuera de la red. Los gastos de bolsillo fuera de la red no se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo dentro de la red. El gasto máximo de bolsillo no está integrado, lo que significa que la distribución de costos de todos los miembros de la familia se aplica a un gasto máximo de bolsillo familiar compartido. El gasto máximo de bolsillo individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura de una sola persona. Consulte la sección de notas para obtener información adicional sobre su gasto máximo de bolsillo.</i></p>	<p>\$4,000 Individual / \$6,400 Familiar</p>	<p>\$8,000 Individual / \$16,000 Familiar</p>
<p>Servicios en el consultorio médico y de atención a domicilio Servicios preventivos/evaluaciones/inmunizaciones</p>	<p>Sin cargo</p>	<p>Coseguro del 40%</p>

Su Resumen de Beneficios

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Visita a su médico de cabecera para tratar una enfermedad o lesión</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Visita a un especialista</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Cuidados prenatales y posparto</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Visitas a otros profesionales de la salud:</p> <p>Clínica médica en establecimiento minorista</p> <p>Consultas por Internet (<i>LiveHealth Online. www.livebealthonline.com</i>)</p> <p>Servicios de quiropráctica <i>La cobertura para proveedores de Anthem Prudent Buyer y proveedores fuera de la red tiene un límite de 24 visitas por año calendario. En combinación con acupuntura.</i></p> <p>Acupuntura <i>La cobertura para proveedores de Anthem Prudent Buyer y proveedores fuera de la red tiene un límite de 24 visitas por año calendario. En combinación con servicios quiroprácticos.</i></p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40%</p> <p>No corresponde</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 20%</p>
<p>Otros servicios en un consultorio:</p> <p>Pruebas de alergia</p> <p>Suero para el tratamiento de alergias adquirido por separado (<i>Se factura por separado con respecto a la visita al consultorio</i>).</p> <p>Quimioterapia y radioterapia</p> <p>Hemodiálisis</p> <p>Inyectables en el consultorio <i>Para los medicamentos provistos en el consultorio a través de infusión o inyección</i></p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p>

Su Resumen de Beneficios

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Servicios de diagnóstico</p> <p>Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Laboratorio independiente Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <p><i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p>
<p>Radiografías:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro de radiología independiente Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <p><i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p>
<p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (por ejemplo, tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI], tomografía axial computarizada [CAT]):</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro de radiología independiente Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <p><i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Coseguro del 40%</p>
<p>Atención urgente y de emergencia</p> <p>Servicios de la sala de emergencias</p> <p><i>Esto es solo para lo que cobra el hospital/ el centro. El cargo del médico de la sala de emergencias puede cobrarse por separado.</i></p> <p>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Coseguro del 20%</p>
<p>Ambulancia (terrestre o aérea)</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 20%</p>

Su Resumen de Beneficios

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Atención urgente (en el consultorio)</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Atención médica del comportamiento, de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Visita al consultorio médico</p> <p>Visita a un centro: Tarifas del centro</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Tarifa del centro:</p> <p>Hospital <i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p> <p>Centro quirúrgico independiente <i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p> <p>Servicios médicos y otros servicios</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Hospitalizaciones (todas las estadías de pacientes internados, incluidas por maternidad, atención médica de salud mental o del comportamiento y por abuso de sustancias)</p> <p>Tarifa del centro (por ejemplo, habitación y alimentos) <i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$360 por día, excepto los servicios de salud mental/ del comportamiento y abuso de sustancias. Si no se obtiene la autorización previa para proveedores fuera de la red, habrá un copago adicional de \$250.</i></p> <p>Cirugía bariátrica <i>(Se requiere autorización previa, cirugía médicamente necesaria para pérdida de peso, solo en el caso de obesidad mórbida).</i></p> <p>Servicios médicos y otros servicios</p>	Coseguro del 20%	Sin cobertura

Su Resumen de Beneficios

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Recuperación y rehabilitación</p> <p>Atención médica a domicilio <i>La cobertura para proveedores de Anthem Prudent Buyer y proveedores fuera de la red combinados tiene un límite de 100 días por año calendario (si el servicio fuera de la red se autoriza previamente, puede pagarse en el nivel dentro de la red).</i></p>	Coseguro del 20%	Sin cobertura
<p>Servicios de rehabilitación (por ejemplo, terapia física o terapia ocupacional):</p> <p>Consultorio <i>Los costos varían según el centro de servicios.</i></p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p> <p>Servicios para recuperar sus habilidades</p> <p>Terapia del habla</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Rehabilitación cardíaca</p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>Los proveedores fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.</i></p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Cuidado de enfermería especializado <i>La cobertura para proveedores dentro y fuera de la red combinados tiene un límite de 100 días por año calendario. Si no se obtiene la autorización previa para proveedores fuera de la red, habrá un copago adicional de \$250.</i></p> <p>Hospital</p> <p>Centro de enfermería especializada independiente</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<p>Atención a enfermos terminales <i>(Si el servicio fuera de la red se autoriza previamente, puede pagarse en el nivel dentro de la red).</i></p>	Coseguro del 20%	Sin cobertura
<p>Equipo médico duradero</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%

Su Resumen de Beneficios

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Dispositivos prostéticos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Dispositivos para la audición <i>(Limitado a \$2,000 cada 36 meses)</i>	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Beneficios de atención de diabetes: Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para pacientes con diabetes: en el consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Planificación familiar Asesoramiento y consultas <i>(Incluye la inserción del dispositivo intrauterino [IUD, intrauterine device], además de anticonceptivos inyectables e implantables para mujeres).</i> Ligadura de trompas <i>(Es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).</i> Vasectomía <i>(Es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).</i>	Sin cargo	Coseguro del 40%
Inmunizaciones para viajes Inmunizaciones para viajes conformes a la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, Affordable Care Act) Inmunizaciones para viajes no conformes a ACA: encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla	Sin cargo	Coseguro del 40%

Su Resumen de Beneficios

Atención fuera del área de servicio del plan

- Dentro de EE. UU.: Blue Cross Blue Shield Global Core
Todos los servicios cubiertos provistos a través de un Programa BlueCard[®], para la atención de emergencia fuera del estado y la atención que no es de emergencia, se prestan en un nivel de beneficios de Anthem Blue Cross Prudent Buyer de la cantidad aprobada del Plan Blue local cuando usa un proveedor dentro de la red.
- Fuera de EE. UU.: Blue Cross Blue Shield Global Core
Todos los servicios cubiertos para la atención de emergencia serán elegibles para el reembolso cuando se reciben fuera de los EE. UU. Consulte el nivel de Anthem Blue Cross Prudent Buyer para conocer los servicios cubiertos y la responsabilidad correspondiente al miembro.

Su Resumen de Beneficios

Notas:

- Todos los servicios médicos sujetos al coseguro también están sujetos al deducible de atención médica anual.
- Los montos máximos anuales de gastos de bolsillo incluyen deducibles, coseguro y medicamentos recetados.
- El gasto máximo de bolsillo y el deducible dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red. Sin embargo, el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red no se acumulan para alcanzarlos dentro de la red.
- Los servicios de atención preventiva incluyen: revisión física, exámenes de detección con fines preventivos (entre ellos exámenes de detección de cáncer, virus del papiloma humano [HPV], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y visión, inmunización, educación sanitaria, servicios de intervención, pruebas de VIH) y atención preventiva adicional para mujeres prevista en las directivas respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios.
- Si su plan incluye el beneficio de la red y usted usa un proveedor fuera de la red, debe pagar la diferencia entre el gasto cubierto y el cargo real de los proveedores fuera de la red.
- Ciertos servicios están sujetos al programa de revisión de utilización. Antes de programar los servicios, el miembro debe asegurarse de que se haya obtenido la revisión de utilización. Si no obtiene la revisión de utilización, los beneficios podrían reducirse o no pagarse, conforme a lo que estipule el plan.
- Si su plan incluye beneficios fuera de la red, todos los servicios con límites por año calendario o año del plan se combinan dentro y fuera de la red.
- Los trasplantes se cubren solo cuando se realizan en Centros de Excelencia Médica o en Centros Blue Distinction.
- La cirugía bariátrica está cubierta solo cuando se efectúa en un Centro de Atención Especializado Blue Distinction para cirugía bariátrica.
- El límite de días para centro de enfermería especializada no se aplica a salud mental y abuso de sustancias.
- Los servicios de centros de radiología y laboratorios independientes se definen como servicios recibidos en un centro no basado en un hospital.
- Coordinación de beneficios: Los beneficios de este plan pueden reducirse si el miembro posee cualquier otra cobertura grupal para servicios dentales o médicos, de manera que los servicios recibidos mediante todas las coberturas grupales no excedan el 100% del gasto cubierto.
- Los cargos máximos permitidos para la cirugía que no sea de emergencia y los servicios prestados en un centro quirúrgico fuera de la red para pacientes ambulatorios o en una unidad para pacientes ambulatorios de un hospital fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210. Los miembros son responsables de los cargos adicionales no cubiertos por el pago máximo de \$210.