

Su Resumen de Beneficios



Anthem Blue Cross
 Su plan: University of California Health Savings Plan (HSP)
 Su red: Anthem Prudent Buyer PPO

Vigente el: 1.º de enero de 2021

Consulte la sección Notas para obtener información importante sobre el plan.

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario <i>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>	\$1,400 individual/ \$2,800 por familia	\$2,550 individual/ \$5,100 por familia
Límite de gastos de bolsillo por año calendario <i>El gasto máximo de bolsillo no está integrado, lo que significa que los costos compartidos de todos los miembros de la familia se aplican 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. Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar costos compartidos durante el resto del año calendario.</i>	\$4,000 individual/ \$6,400 por familia	\$8,000 individual/ \$16,000 por familia
Servicios en el consultorio médico y de atención a domicilio		
Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Coseguro del 40%
Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Visita a un especialista	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Atención prenatal y posparto	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Visitas a otros profesionales de la salud Clínica de salud minorista LiveHealth Online (www.livehealthonline.com) Atención quiropráctica. <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 24 visitas por año calendario En combinación con acupuntura.</i> Acupuntura. <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 24 visitas por año calendario En combinación con servicios quiroprácticos.</i>	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% N/A Coseguro del 40% Coseguro del 20%
Otros servicios en un consultorio Pruebas de alergia Suero para el tratamiento de alergias (<i>se factura por separado con respecto a la visita al consultorio</i>) Quimioterapia y radioterapia Hemodiálisis Inyectables en el consultorio. <i>Para los medicamentos dispensados en el consultorio a través de infusión o inyección.</i>	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Servicios de diagnóstico Laboratorio: Consultorio Laboratorio independiente Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Radiografías: Consultorio Centro de radiografías independiente Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Diagnóstico por imágenes avanzado (por ejemplo, resonancia magnética nuclear [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía axial computarizada [CAT]): Consultorio Centro de radiografías independiente Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Atención de urgencia y de emergencia Servicios de la sala de emergencias, servicios médicos y otros	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red
Ambulancia (terrestre o aérea)	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red
Atención de urgencia (en el consultorio)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Atención médica para trastornos de salud mental, del comportamiento y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Visita al consultorio médico Tarifas del centro	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Cirugía para pacientes ambulatorios Tarifas del centro: Hospital Centro quirúrgico independiente Servicios médicos y otros servicios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Hospitalizaciones (todas las estadías de pacientes hospitalizados, incluidas por maternidad, tratamiento de salud mental o del comportamiento y por abuso de sustancias) Tarifas del centro (por ejemplo, habitación y alimentos) Cirugía bariátrica <i>(cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo para la obesidad mórbida)</i> Servicios médicos y otros servicios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Sin cobertura Coseguro del 20%
Recuperación y rehabilitación Atención médica a domicilio <i>La cobertura tiene un límite de 100 visitas por año calendario.</i>	Coseguro del 20%	Sin cobertura

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Servicios de rehabilitación/recuperación de las habilidades (por ejemplo, fisioterapia o terapia ocupacional): Consultorio: <i>Los costos pueden variar según el centro de servicios.</i> Hospital para pacientes ambulatorios Terapia del habla	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 20%
Rehabilitación cardíaca Consultorio Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Atención de enfermería especializada <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 100 días por año calendario.</i> Hospital Centro de enfermería especializada independiente	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 20%
Hospicio	Coseguro del 20%	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Dispositivos prostéticos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Audifonos (<i>limitado a \$2000 cada 36 meses</i>)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Beneficios de atención de diabetes Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para la diabetes: en el consultorio	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Vacunas para viajes Vacunas para viajes conformes a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) Vacunas para viajes no conformes a ACA: encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla	Sin cargo Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Planificación familiar Asesoramiento y consultas (<i>incluye la inserción del dispositivo intrauterino [DIU], 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 Sin cargo Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
Atención fuera del área de servicio del plan		
Dentro de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core	Todos los servicios cubiertos prestados 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 Anthem Prudent Buyer PPO del monto máximo permitido del Blue Plan local cuando usa un proveedor de Anthem Blue Cross.	

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Fuera de Estados Unidos: 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 Prudent Buyer PPO para conocer los servicios cubiertos y la responsabilidad correspondiente al miembro.	
Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa una farmacia dentro de la red	Sus costos si usted usa una farmacia fuera de la red
Deducible de farmacia	Combinado con atención médica	Combinado con atención médica
Gastos de bolsillo de farmacia	Combinado con atención médica	Combinado con atención médica
Cobertura de medicamentos recetados: Este plan usa una Lista Esencial de Medicamentos de 4 Niveles. Los medicamentos que no están en la lista no están cubiertos. Consulte la lista de medicamentos en www.anthem.com/ca/pharmacyinformation para determinar qué Niveles se aplican a sus recetas.		
Farmacia minorista: suministro para hasta 30 días		
Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Coseguro del 20% por receta.	Coseguro del 40% por receta.
Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos	Coseguro del 20% por receta.	Coseguro del 40% por receta.
Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/algunos medicamentos especializados	Coseguro del 20% por receta.	Coseguro del 40% por receta.
Farmacias con entrega a domicilio, farmacias de UC, farmacias Retail90: suministro para hasta 90 días		
Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Coseguro del 20% por receta.	Sin cobertura
Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos	Coseguro del 20% por receta.	Sin cobertura
Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/algunos medicamentos especializados	Coseguro del 20% por receta.	Sin cobertura
Farmacia especializada IngenioRx y farmacias UC selectas: suministro para hasta 30 días		
Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados <i>Máximo de \$200 por receta para medicamentos orales recetados contra el cáncer</i>	Coseguro del 20% por receta.	Sin cobertura
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos <i>Un suministro de medicamentos anticonceptivos de hasta 12 meses cuando se recetan o dispensan de una sola vez</i>	Copago de \$0 por receta (sin deducible)	Sin cobertura

Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa una farmacia dentro de la red	Sus costos si usted usa una farmacia fuera de la red
Productos para dejar de fumar <i>Medicamentos de venta libre con receta y medicamentos recetados</i>	Copago de \$0 por receta (sin deducible)	Sin cobertura
Suministros para diabéticos <i>Incluyendo lancetas, hisopos humedecidos en alcohol y tiras reactivas de formulario.</i> <i>(Las jeringas, agujas, insulina y tiras reactivas no incluidas en el formulario, si están aprobadas, están cubiertas en el coseguro correspondiente)</i>	Copago de \$0 por receta (después del deducible)	Coseguro del 40% (solo venta minorista)
Vacunas para viajes <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vacunas preventivas según ACA: hepatitis A, hepatitis B, meningitis, poliomelitis</i> • <i>Otros viajes: encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla</i> 	Copago de \$0 por receta (sin deducible) Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%

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 formal de beneficios 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.

Notas:

- Los gastos máximos de bolsillo por año calendario incluyen deducibles, copagos, coseguros y medicamentos recetados.
- Se aplica un copago adicional de \$250 si no se obtiene autorización previa para los servicios de hospitalización o enfermería especializada por un proveedor fuera de la red.
- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados prestados por un proveedor 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.
- Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$210 por visita.
- Si usted usa un proveedor fuera de la red, debe pagar la diferencia entre el gasto cubierto y el cargo real del proveedor fuera de la red.
- Todos los servicios sujetos al coseguro también están sujetos al deducible médico anual, a menos que se establezca lo contrario.
- 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 [VPH], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y vista, vacunación, 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 de Salud.

- Los servicios de proveedores fuera de la red para la atención médica a domicilio y los servicios de hospicio no tienen cobertura, a menos que se autoricen previamente. Cuando estos servicios se autorizan previamente, el copago o coseguro del miembro puede calcularse en el nivel de Anthem Preferred, según la tarifa acordada entre Anthem Blue Cross y la agencia.
- 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.
- Los límites de visitas comienzan a acumularse independientemente de que el deducible se alcance o no.
- Todos los servicios con límites por año calendario/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 Especializada Blue Distinction para cirugía bariátrica.
- El límite de días para el centro de enfermería especializada no se aplica a salud mental y abuso de sustancias.
- Los servicios de centros de radiografías y laboratorios independientes se definen como servicios recibidos en un centro no basado en un hospital.
- Cuando utilizan farmacias fuera de la red, los miembros pagan el 40% del monto máximo permitido para medicamentos recetados, además de los costos que superen el monto máximo permitido para medicamentos recetados. Los miembros pagan por anticipado y luego deben presentar un formulario de reclamaciones.
- Los límites de suministro para ciertos medicamentos pueden ser diferentes. Visite el sitio web de Anthem o llame al servicio de atención al cliente para obtener más información.
- Ciertos medicamentos requieren aprobación con autorización previa para obtener cobertura.
- La red Retail90 incluye cadenas muy importantes, como Costco, Safeway/Vons, Walgreens, CVS, Rite Aid y Wal-Mart.
- Los medicamentos especializados son medicamentos específicos que se utilizan para tratar afecciones crónicas o de gran complejidad que generalmente requieren un monitoreo continuo, como esclerosis múltiple, hepatitis, artritis reumatoide, cáncer y otras afecciones que son difíciles de tratar con tratamientos tradicionales. Los medicamentos especializados pueden ser autoadministrados en el hogar del paciente por él mismo o por un familiar (subcutánea o intramuscularmente), por inhalación, de forma oral o mediante aplicación tópica. Además, es posible que los medicamentos especializados requieran un manejo especial, procesos de fabricación especiales, y es posible que tengan limitaciones respecto del recetado y la disponibilidad en farmacia. Para la autoadministración, los medicamentos especializados deben considerarse seguros y es posible que requieran autorización previa por necesidad médica. Los medicamentos administrados por infusión o por vía intravenosa (IV) no están incluidos como medicamentos especializados.
- Los medicamentos especializados solo están cubiertos cuando se los obtiene de IngenioRx y de ciertas Farmacias UC, a menos que sean necesarios por motivos médicos para una emergencia cubierta.
- #Los medicamentos especializados están limitados a una cantidad que no deberá exceder un suministro para 30 días; sin embargo, es posible que las recetas iniciales de ciertos medicamentos especializados se vean limitadas a un suministro máximo de 15 días a través de IngenioRx. En dichas circunstancias, el medicamento especializado aplicable se prorrateará según la cantidad de días de suministro.
- 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.