



El Resumen de beneficios de 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.ucppoplans.com. 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 el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (844) 437-0486 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000/por una persona para 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 alcanzar el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva 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 costo compartido 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 límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,350/por una persona o \$12,700/por familia para todos los proveedores .	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 correspondientes a la facturación del saldo y atención médica que no cubre este plan .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí, Prudent Buyer PPO. Consulte www.ucppoplans.com o llame al (844) 437-0486 para obtener un listado de proveedores de la red .	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 (saldo de facturación). 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 una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión .
---	-----	---



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer PPO (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 a su médico de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva / chequeo /vacuna	Sin cargo	20% 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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	20% de coseguro	El costo puede variar según el centro de servicios.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$280 como máximo/visita.
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/ca/pharmacyinformation/ Esencial de 4 niveles	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de coseguro /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail90)	20% de coseguro (venta minorista) de la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados	La mayoría de los servicios de entrega a domicilio son para 90 días de suministro. *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del plan o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail90)	20% de coseguro (venta minorista) de la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/ medicamentos especializados	20% de coseguro /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail90)	20% de coseguro (venta minorista) de la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados y los costos que superen la cantidad aprobada máxima para medicamentos recetados	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	20% de coseguro /receta (venta minorista, entrega a domicilio y farmacias de UC seleccionadas)	Sin cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$280 como máximo/visita.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	20% de coseguro para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	Traslado por emergencia médica	20% de coseguro ; no se aplica deducible	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$480 como máximo/día. Si no se obtiene la autorización previa para proveedores fuera de la red, habrá un copago adicional de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio 20% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de coseguro	Visita al consultorio 20% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de coseguro	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios para pacientes internados	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$480 como máximo/día. Si no se obtiene la autorización previa para proveedores fuera de la red, habrá un copago adicional de \$250. 20% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores dentro de la red . 20% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores fuera de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$480 como máximo/día. La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías). Si no se obtiene la autorización previa para proveedores fuera de la red, habrá un copago adicional de \$250.
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro	20% de coseguro	

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de salud en el hogar	20% de coseguro	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	20% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	20% de coseguro	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la visión
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales

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

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
- Exámenes de la vista para niños
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado dental (adultos)
- Anteojos para niños
- Cuidado a largo plazo
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Chequeo dental
- Dispositivos para la audición
- Servicios de enfermería privada
- 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: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con servicios de atención quiropráctica.
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 24 visitas/ periodo de beneficios en combinación con acupuntura.

Sus derechos para 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: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, (800) 927-HELP (4357)
California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), 1-213-897-8921, 1-800-482-4TDD (4633), www.insurance.ca.gov/

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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.*—————

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. Observe los montos de [distribución de costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) de salud distintos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de un solo titular.

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro 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	\$12,840
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,520
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,580

Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe

(un año de atención dentro de la red de rutina de una afección bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro 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	\$7,460
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$959
Copagos	\$0
Coseguro	\$240
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,254

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro 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	\$2,010
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$936
Copagos	\$0
Coseguro	\$385
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,321

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