



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.ucppoplans.com](http://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 una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://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 <a href="#">deducible</a> general?	\$1,400/por una persona o \$2,800/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$2,550/por una persona o \$5,100/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> familiar total antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos ítems y servicios incluso si no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados servicios preventivos sin <a href="#">distribución de costos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	\$4,000/por una persona o \$6,400/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$8,000/por una persona o \$16,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> 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 <a href="#">plan</a> , se debe alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos correspondientes a <a href="#">saldo de facturación</a> y atención médica que no cubra este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red médica</b> ?	Sí, Prudent Buyer PPO. Consulte <a href="http://www.ucppoplans.com">www.ucppoplans.com</a> o llame al (844) 437-0486 para obtener un listado de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenece a la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará el monto más alto si usa un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">saldo de facturación</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <b>referido</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted desee sin necesidad de una <a href="#">remisión</a> .



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 paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$210 como máximo/visita para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ucppoplans.com](http://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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.anthem.com/ca/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/ca/pharmacyinformation/</a> Esencial: 4 niveles	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de <a href="#">coseguro</a> /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail 90)	40% de <a href="#">coseguro</a> (venta minorista) de la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a> y los costos que superen la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a>	La mayoría de las entregas a domicilio son para suministro de 90 días. *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del <a href="#">plan</a> o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos/ de marca	20% de <a href="#">coseguro</a> /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail 90)	40% de <a href="#">coseguro</a> (venta minorista) de la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a> y los costos que superen la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a>	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/ algunos <a href="#">medicamentos especializados</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> /receta (venta minorista, entrega a domicilio, farmacias UC y Retail 90)	40% de <a href="#">coseguro</a> (venta minorista) de la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a> y los costos que superen la <a href="#">cantidad aprobada</a> máxima para <a href="#">medicamentos recetados</a>	
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	20% de <a href="#">coseguro</a> (venta minorista, entrega a domicilio y farmacias de UC seleccionadas)	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$210 como máximo/visita para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ucppoplans.com](http://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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura dentro de la <a href="#">red</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$360 como máximo/día para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> . Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 20% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 40% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250. 20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> de Anthem Prudent Buyer. 40% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ucppoplans.com](http://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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	\$360 como máximo/día para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> . 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 obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red para pacientes internados, se cobrará un copago adicional de \$250.
	Servicios de parto profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	-----ninguna-----
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	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](http://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 más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía cosmética
- Atención a largo plazo
- Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Cuidado dental (adultos)
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de la vista (adultos)

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Aborto
- Atención quiropráctica: 24 visitas/ periodo de beneficios en combinación con acupuntura.
- Acupuntura: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con servicios de atención quiropráctica.
- Dispositivos para la audición: \$2,000 como máximo/36 meses.
- Cirugía bariátrica
- La cobertura de casos de emergencia/ urgencia proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)

**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: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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](http://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

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿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.—————

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

## 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](#) \$1,400
- [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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,400
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,520
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,980</b>

**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](#) \$1,400
- [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:

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

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,400
- [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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,400
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$385
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,785</b>

El [plan](#) será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.