

El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención de la salud 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, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (800) 542-9402 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$250 por una persona o \$500 por familia para proveedores dentro de la red . \$1,000 por una persona o \$3,000 por familia para proveedores fuera de la red .	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 familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar su deducible ?	Sí. Medicamentos recetados , atención preventiva , visita de atención primaria y visita al especialista para proveedores dentro de la red .	Este plan cubre algunos elementos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos 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 otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$2,250 por una persona o \$4,500 por familia para proveedores dentro de la red . \$6,000 por una persona o \$12,000 por familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene 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.
¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Sanciones por no obtener autorización previa, primas , cargos correspondientes a facturación de saldo y atención médica que no cubre este plan .	Aunque usted pague estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí, PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (855) 333-5735 para obtener un listado de proveedores de la red .	Este plan usa 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 (facturación del saldo). 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 con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia .



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

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$20/visita	Coseguro del 30% después del deducible	<p>El copago para servicios dentro de la red se aplica a visitas al consultorio; el coseguro se cobra por servicios que no estén facturados como visitas al consultorio. Los servicios de análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios dentro de la red se pagan al 100%, excepto para imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET), medicina nuclear y otros servicios de tecnología avanzada por los que usted paga un coseguro del 10% después del deducible.</p> <p>Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Cubierto al 100%</p>

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	Visita a un especialista	\$40/visita,	Coseguro del 30% después del deducible.	El copago para servicios dentro de la red se aplica a visitas al consultorio; el coseguro se cobra por servicios que no estén facturados como visitas al consultorio. Los servicios de análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios dentro de la red se pagan al 100%, excepto para imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET), medicina nuclear y otros servicios de tecnología avanzada por los que usted paga un coseguro del 10% después del deducible. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo	\$50/visita; copago de \$500 para los servicios de centros cubiertos.	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son de atención preventiva. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan .
Si tiene que hacerse un análisis	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin deducible ni coseguro (100% cubierto)	Coseguro del 30% después del deducible	Los servicios de diagnóstico de infertilidad tienen un máximo ilimitado dentro de la red por miembro

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	<p>Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])</p> <p>Ecografías mamarias (en cualquier centro para pacientes ambulatorios)</p>	<p><u>Coseguro del 10% después del deducible</u></p> <p>Sin cargo</p>	<p><u>Coseguro del 30% después del deducible</u></p> <p><u>Coseguro del 30% después del deducible</u></p>	<p>El hecho de no obtener preautorización puede resultar en una reducción de la cobertura o en que no haya cobertura.</p>
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</p>	<p>Nivel 1: normalmente medicamentos genéricos</p>	<p>\$10/receta; no se aplica <u>deducible</u> (venta minorista) y \$20/receta; no se aplica <u>deducible</u> (entrega a domicilio).</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Es posible que se requiera una certificación previa para determinados medicamentos recetados. Tenga en cuenta que determinados medicamentos especializados solo están disponibles en la farmacia especializada, y no podrá obtenerlos en una farmacia minorista ni a través de la farmacia de entrega a domicilio (pedido por correo). * Consulte la sección Medicamentos recetados en su evidencia de cobertura, disponible en la nota al pie a continuación.</p>
	<p>Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos</p>	<p>\$30/receta; se aplica deducible para medicamentos recetados (venta minorista) y \$75/receta; se aplica deducible para medicamentos recetados (entrega a domicilio)</p>	<p>Sin cobertura</p>	
	<p>Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/medicamentos especializados</p>	<p>\$60/receta; se aplica deducible para medicamentos recetados (venta minorista) y \$150/receta; se aplica deducible para medicamentos recetados (entrega a domicilio)</p>	<p>Sin cobertura</p>	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 30% después de un copago de \$1,500 por cirugía</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	-----Ninguna-----
Si necesita atención de la salud inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$500 por visita	Con cobertura como <u>dentro de la red</u>	-----Ninguna-----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	Con cobertura como <u>dentro de la red</u>	Puede haber otros niveles de distribución de costos que dependen de cómo se brindan los servicios.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$40/visita	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	-----Ninguna-----
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 30% después de un copago de \$1,500 por hospitalización</u>	Límite de 30 días/periodo de beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$20/visita Otros servicios para pacientes ambulatorios <u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	Visita al consultorio <u>Coseguro del 30% después del deducible</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios <u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	Visita al consultorio Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Cubierto al 100% Otros servicios para pacientes ambulatorios -----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro del 10% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 30% después de un copago de \$1,500 por hospitalización</u>	-----Ninguna-----

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20/embarazo más coseguro del 10% después del deducible para todos los demás servicios; o especialista; \$40/embarazo más coseguro del 10% después del deducible para todos los demás servicios.	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	Un copago por embarazo para visitas al consultorio y servicios de parto profesionales. La atención de maternidad incluye los análisis y servicios descritos en otros sitios del SBC (p. ej.: ecografías).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Coseguro del 10% después del deducible	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	
	Servicios para partos/nacimientos en un centro	Coseguro del 10% después del deducible	<u>Coseguro del 30% después de un copago de \$1,500 por hospitalización</u>	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	Coseguro del 10% después del deducible	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficios para <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$20/visita	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	Sin máximo de visitas cada una para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla por periodo de beneficios. Los costos pueden variar según el centro de servicios.
	<u>Servicios para recuperación de habilidades</u>	\$20/visita	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	Sin máximo de visitas cada una para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla por periodo de beneficios. Las visitas para recuperación de habilidades se acumulan hasta alcanzar su límite de visitas de rehabilitación. Los costos pueden variar según el centro de servicios.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro del 10% después del deducible	<u>Coseguro del 30% después del deducible</u>	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coseguro del 10% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el valor más bajo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	Servicios de hospicio	Coseguro del 10% después del deducible	Coseguro del 30% después del deducible	-----Ninguna-----
Si su hijo necesita atención dental o de los ojos	Examen oftalmológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente no cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Chequeo dental
- [Preautorización](#): es posible que deba pagar la totalidad o una parte de cualquier análisis, equipo, servicio o procedimiento que no cuente con preautorización. Contáctenos para saber qué servicios requieren preautorización y para asegurarse de que se ha otorgado preautorización.
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Cirugía cosmética
- Exámenes de la vista de un niño
- Servicios de enfermería privada
- Programas para bajar de peso
- Atención dental (adultos)
- Anteojos para un niño
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de los ojos (adultos)

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Dispositivos para la audición (se aplican límites)
- La mayoría de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Acupuntura: 20 visitas/periodo de beneficios.
- Infertilidad
- Atención quiropráctica: 20 visitas/periodo de beneficios.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/fi>.

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden brindar ayuda si usted desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Division of Insurance, ICARE Section, 1560 Broadway, Suite 850, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7490. Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, (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 seguros de salud. Para obtener más información acerca del [mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o apelación: hay agencias que pueden ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Este reclamo se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, 700 Broadway, Mail Stop CO0104-0430, Denver, CO 80273

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

Division of Insurance, ICARE Section, 1560 Broadway, Suite 850, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7490

¿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 reúna los requisitos 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 ser elegible para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [mercado de seguros](#).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en otros [planes](#) de salud. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg tuvo un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios para partos/nacimientos en un centro

[Pruebas diagnósticas](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visitas a un [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo de costo total	\$12,840
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$732
Copagos	\$840
Coseguro	\$2,928
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
En total, Peg pagaría	\$4,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención dentro de la red de rutina de una afección bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Visitas al consultorio del](#) médico de atención primaria (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de costo total	\$7,460
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$94
Copagos	\$3,175
Coseguro	\$40
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
En total, Joe pagaría	\$3,364

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*que incluye suministros médicos*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografía*)

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

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

Ejemplo de costo total	\$2,010
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,142
Copagos	\$180
Coseguro	\$490
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
En total, Mia pagaría	\$1,812

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