

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 de cobertura completos visite <https://eoc.anthem.com/eocdps/>. Para una definición general 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 (877) 811-3106 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$3,500 por miembro o \$7,000 por familia para proveedores dentro de la red . \$7,000 por miembro o \$14,000 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. Atención preventiva . Lea más abajo para obtener más información.	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 ?	\$6,000 por miembro o \$12,000 por familia para proveedores dentro de la red . \$12,000 por miembro o \$24,000 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 del 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 .

¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí, PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (877) 811-3106 para obtener un listado de proveedores de la red . Los costos pueden variar según el centro de servicios y cómo facture el proveedor.	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 un monto más alto)	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	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Las visitas virtuales están cubiertas al 100% para atención primaria y salud mental
	Visita a un especialista	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Las visitas virtuales están cubiertas al 20% después de que se haya alcanzado el deducible.
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo	Coseguro del 40%	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)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----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 un monto más alto)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ Formulario Nacional	Nivel 1: normalmente medicamentos genéricos	Coseguro del 20% (solo venta minorista).	Sin cobertura (venta minorista y entrega a domicilio).	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). Para obtener más información, consulte la “Lista de medicamentos esenciales” en http://www.anthem.com/pharmacyinformation/ * Consulte la sección Medicamentos recetados en su evidencia de cobertura, disponible en la nota a continuación.
	Nivel 2: normalmente medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos	Coseguro del 20% (solo venta minorista).	Sin cobertura (venta minorista y entrega a domicilio).	
	Nivel 3: normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferida	Coseguro del 20% (solo venta minorista).	Sin cobertura (venta minorista y entrega a domicilio).	
	Nivel 4: normalmente medicamentos especializados preferidos (de marca y genéricos)	Coseguro del 20% (solo venta minorista).	Sin cobertura (venta minorista y entrega a domicilio).	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
Si necesita atención de la salud inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red	-----Ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red	-----Ninguna-----
	Atención de urgencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----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 un monto más alto)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio Coseguro del 20% Otros servicios para pacientes ambulatorios Coseguro del 20%	Visita al consultorio Coseguro del 40% Otros servicios para pacientes ambulatorios Coseguro del 40%	Visita al consultorio Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles. Otros servicios para pacientes ambulatorios -----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	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 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios para partos/nacimientos en un centro	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 20%	Sin cobertura	100 visitas/periodo de beneficios para cuidado de la salud en el hogar y servicios de enfermería privada combinados para proveedores dentro y fuera de la red combinados.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	30 visitas por cada una para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla por periodo de beneficios.
	Servicios para recuperación de habilidades	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Las visitas para recuperación de habilidades se acumulan hasta alcanzar su límite de visitas de rehabilitación.

* 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 un monto más alto)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el valor más alto)	
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	100 días/periodo de beneficios para rehabilitación para pacientes hospitalizados y servicios de enfermería especializada para proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados .
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Sin cobertura	* Consulte la sección Equipo médico duradero
	Servicios de hospicio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	-----Ninguna-----
Si su hijo necesita atención dental o de los ojos	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	Copago de \$0 hasta alcanzar el monto máximo permitido del plan	* Consulte la sección Servicios de la vista en su evidencia de cobertura, disponible en la nota al pie a continuación.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	* Consulte la sección Servicios de la vista en su evidencia de cobertura, disponible en la nota al pie a continuación.
	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](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención dental (pediátrico) • Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Chequeo dental • Atención a largo plazo • Programas para bajar de peso | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Anteojos para un niño • 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 conocer qué debe autorizarse previamente y si se ha otorgado la preautorización. |
|--|---|--|

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

- Acupuntura: 20 visitas/periodo de beneficios en combinación con masoterapia.
- La mayoría de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Atención quiropráctica: 20 visitas/ periodo de beneficios
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los ojos (adultos): 1 examen/periodo de beneficios
- Audífonos

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, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. 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 una [reclamación](#), [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

[La cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye [planes, seguro de salud](#) disponibles a través del [mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea 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 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](#) puede cubrir los costos para una situación médica específica, consulte la sección siguiente.

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	\$3,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
En total, Peg pagaría	\$4,960

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	\$3,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
En total, Joe pagaría	\$3,520

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
En total, Mia pagaría	\$2,800

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