




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, <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 **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 (866) 205-6128 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$1,400/por una persona. Todos los <b>proveedores</b> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta alcanzar el monto del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <b>plan</b> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos de <b>deducible</b> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?	Sí. <b>Atención preventiva</b> . Todos los <b>proveedores</b> .	Este <b>plan</b> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <b>deducible</b> . Pero se puede aplicar un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre determinados servicios preventivos sin <b>distribución de costos</b> y antes de que usted alcance su <b>deducible</b> . 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 <b>deducible</b> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <b>deducibles</b> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este <b>plan</b> ?	\$3,000/por una persona para <b>proveedores</b> dentro de la <b>red</b> . \$6,000/por una persona para <b>proveedores</b> fuera de la <b>red</b> .	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> 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 <b>plan</b> , estos deben alcanzar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta que se haya alcanzado el <b>límite de gastos de bolsillo</b> familiar total.
¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?	Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, <b>primas</b> , cargos por <b>facturación del saldo</b> y atención médica que no cubra este <b>plan</b> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .

<p>¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a>?</p>	<p>Sí, Blue Card PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de <a href="#">proveedores de la red</a>.</p> <p><b>Los residentes de Florida utilizan la red FL NetworkBlue.</b> Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> (prefijo de ingreso 101) o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de los proveedores de la red.</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> utiliza 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="#">facturación del saldo</a>). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la 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.</p>
<p>¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted desee sin necesidad de una <a href="#">remisión</a>.</p>

 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 en la red (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	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	50% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica <a href="#">deducible</a>	Atención de la visión (examen de rutina): Sin cobertura. 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)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (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.caremark.com">www.caremark.com</a>	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$20 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$20 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	Limitado a CVS/Caremark Los medicamentos preventivos no están sujetos al deducible anual. Esto significa que usted solo pagará el 20% del costo del medicamento hasta uno de los máximos de copago, incluso si no ha alcanzado su deducible.  Los medicamentos no preventivos están sujetos al deducible anual. Esto significa que usted pagará el costo total del medicamento hasta haber alcanzado el deducible anual. Luego de eso, usted pagará el 20% del medicamento hasta uno de los máximos de copago.  Los máximos de copago son para un suministro de 30 días. Los miembros pueden obtener un surtido de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento a través de pedido por correo o en una farmacia CVS para ahorrar dinero.  Para obtener más información, consulte <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> *Consulte la sección Medicamentos recetados
	Nivel 2: Normalmente medicamentos <a href="#">preferidos</a> /de marca	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$40 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$40 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no <a href="#">preferidos/medicamentos especializados</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$70 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$70 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	No corresponde	No corresponde	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> para anestesia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> para anestesia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 10% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 10% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 50% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 50% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	120 visitas/periodo de beneficios incluidos servicios de enfermería privada.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	El costo puede variar según el centro de servicios.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 120 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios de la visión
	Anteojos para niños	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	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 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

## 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
- Audífonos
- Atención de los ojos de rutina (adultos)
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Chequeo dental
- Atención a largo plazo
- 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
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Cirugía bariátrica
- Servicios de enfermería privada: 120 visitas/ periodo de beneficios incluido [cuidado de la salud en el hogar](#).
- Atención quiropráctica: 35 visitas/ periodo de beneficios.

**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](#), PO Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0159

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)

### ¿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.* —————

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

## 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](#) 10%
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

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

#### 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>	\$1,100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,560</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](#) 10%
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

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

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,400
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$800
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,220</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](#) 10%
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

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

#### 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>	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,500</b>

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



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, <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 [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 (866) 205-6128 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$2,800/por una persona o \$2,800/por familia. Todos los <a href="#">proveedores</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 el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> . Todos los <a href="#">proveedores</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 máximo en gastos directos de bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$3,000/por una persona o \$6,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$6,000/por una persona o \$12,000/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> , estos deben alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</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 <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí, Blue Card PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza 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

	<b>Los residentes de Florida utilizan la red FL NetworkBlue.</b> Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> (prefijo de ingreso 101) o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de los proveedores de la red.	lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la 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 referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	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 en la red (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	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	50% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica <a href="#">deducible</a>	Atención de la visión (examen de rutina): Sin cobertura. 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)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$20 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$20 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	Limitado a CVS/Caremark Los medicamentos preventivos no están sujetos al deducible anual. Esto significa que usted solo pagará el 20% del costo del medicamento hasta uno

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



Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Nivel 2: Normalmente medicamentos <a href="#">preferidos</a> /de marca	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$40 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$40 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	de los máximos de copago, incluso si no ha alcanzado su deducible.  Los medicamentos no preventivos están sujetos al deducible anual. Esto significa que usted pagará el costo total del medicamento hasta haber alcanzado el deducible anual. Luego de eso, usted pagará el 20% del medicamento hasta uno de los máximos de copago.
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no <a href="#">preferidos/medicamentos especializados</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$70 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$70 como máximo/receta (entrega a domicilio)	Sin cobertura	Los máximos de copago son para un suministro de 30 días. Los miembros pueden obtener un surtido de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento a través de pedido por correo o en una farmacia CVS para ahorrar dinero.  Para obtener más información, consulte <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> *Consulte la sección Medicamentos recetados
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	No corresponde	No corresponde	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> para anestesia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> para anestesia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 10% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 10% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 50% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 50% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	120 visitas/periodo de beneficios incluidos servicios de enfermería privada.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	El costo puede variar según el centro de servicios.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 120 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios de la visión
	Anteojos para niños	10% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	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 <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

## 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
- Audífonos
- Atención de los ojos de rutina (adultos)
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Chequeo dental
- Atención a largo plazo
- 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
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Cirugía bariátrica
- Servicios de enfermería privada: 120 visitas/ periodo de beneficios incluido [cuidado de la salud en el hogar](#).
- Atención quiropráctica: 35 visitas/ periodo de beneficios.

**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](#), PO Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0159

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)

### ¿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.———

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

## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	10%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	10%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10%

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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i><a href="#">Costo compartido</a></i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,060</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	10%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	10%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10%

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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i><a href="#">Costo compartido</a></i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,020</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	10%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	10%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

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

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i><a href="#">Costo compartido</a></i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

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