

 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/ o llamar al (866) 205-6128 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|--|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$2,000/por una persona. Todos los proveedores . Todos los proveedores . Esta cuenta HRA le reembolsa determinados deducibles y coseguros hasta \$400/por una persona. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Atención preventiva . Todos los proveedores . | Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin 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 algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ? | \$5,000/por una persona para proveedores dentro de la red . \$10,000/por una persona 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 a otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que no cubra este plan . | Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo . |

| | | |
|---|--|--|
| <p>¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?</p> | <p>Sí, Blue Card PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de proveedores de la red. Los residentes de Florida utilizan la red FL NetworkBlue. Consulte www.anthem.com (prefijo de ingreso 101) o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de los proveedores de la red.</p> | <p>Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan. Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (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 a su proveedor antes de recibir servicios.</p> |
| <p>¿Necesita un referido para ver a un especialista?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión.</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 proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Visita al especialista | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | Sin cargo | 50% de coseguro ; no se aplica deducible | Atención de la visión (examen de rutina): Sin cobertura. Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan . |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----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 medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com | Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos | 20% de coseguro hasta \$20 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro 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 www.caremark.com *Consulte la sección Medicamentos recetados |
| | Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /de marca | 20% de coseguro hasta \$40 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$40 como máximo/receta (entrega a domicilio) | Sin cobertura | |
| | Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos / medicamentos especializados | 20% de coseguro hasta \$70 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$70 como máximo/receta (entrega a domicilio) | Sin cobertura | |
| | Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) | No corresponde | No corresponde | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 30% de coseguro para anestesia para proveedores fuera de la red . |

* 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 | Atención en la sala de emergencias | 30% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Atención de urgencia | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 30% de coseguro para anestesia para proveedores fuera de la red . |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Visita al consultorio 30% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 30% de coseguro | Visita al consultorio 50% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 50% de coseguro | Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna----- |
| | Servicios internos | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 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 | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 120 visitas/periodo de beneficios incluidos servicios de enfermería privada. |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de coseguro | 50% de coseguro | El costo puede variar según el centro de servicios. *Consulte la sección Servicios terapéuticos |
| | Servicios de habilitación | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Cuidado de enfermería especializada | 30% de coseguro | 50% de coseguro | Límite de 120 días/periodo de beneficios. |
| | Equipo médico duradero | 30% de coseguro | 50% de coseguro | *Consulte la sección Equipo médico duradero |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----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 su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista para niños | 30% de coseguro | 50% de coseguro | *Consulte la sección Servicios de la visión |
| | Anteojos para niños | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cobertura | Sin cobertura | *Consulte la sección Servicios dentales |

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
- 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. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), 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

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—— Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. ——

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. 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 | \$2,000 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$3,000 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,060 |

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 | \$2,000 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$700 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,720 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$2,000 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,200 |

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/ o llamar al (866) 205-6128 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$2,800/por una persona o \$4,000/por familia. Todos los proveedores . Esta cuenta HRA le reembolsa determinados deducibles y coseguros hasta \$800/por familia. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Atención preventiva . Todos los proveedores . | Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin 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 algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ? | \$5,000/por una persona o \$10,000/por familia para proveedores dentro de la red . \$10,000/por una persona o \$20,000/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 a otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem, primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que no cubra este plan . | Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo . |

| | | |
|---|--|--|
| <p>¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?</p> | <p>Sí, Blue Card PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de proveedores de la red. Los residentes de Florida utilizan la red FL NetworkBlue. Consulte www.anthem.com (prefijo de ingreso 101) o llame al (866) 205-6128 para obtener un listado de los proveedores de la red.</p> | <p>Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan. Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (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 a su proveedor antes de recibir servicios.</p> |
| <p>¿Necesita un referido para ver a un especialista?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión.</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 proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Visita al especialista | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | Sin cargo | 50% de coseguro ; no se aplica deducible | Atención de la visión (examen de rutina): Sin cobertura. Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan . |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----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 medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com | Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos | 20% de coseguro hasta \$20 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro 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. |
| | Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /de marca | 20% de coseguro hasta \$40 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$40 como máximo/receta (entrega a domicilio) | Sin cobertura | |
| | Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/medicamentos especializados | 20% de coseguro hasta \$70 como máximo/receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$70 como máximo/receta (entrega a domicilio) | Sin cobertura | |
| | Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) | No corresponde | No corresponde | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 30% de coseguro para anestesia para proveedores fuera de la red . |

* 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 | Atención en la sala de emergencias | 30% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Atención de urgencia | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 30% de coseguro para anestesia para proveedores fuera de la red . |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Visita al consultorio 30% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 30% de coseguro | Visita al consultorio 50% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 50% de coseguro | Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna----- |
| | Servicios internos | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 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 | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 30% de coseguro | 50% de coseguro | 120 visitas/periodo de beneficios incluidos servicios de enfermería privada. |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de coseguro | 50% de coseguro | El costo puede variar según el centro de servicios. *Consulte la sección Servicios terapéuticos |
| | Servicios de habilitación | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Cuidado de enfermería especializada | 30% de coseguro | 50% de coseguro | Límite de 120 días/periodo de beneficios. |
| | Equipo médico duradero | 30% de coseguro | 50% de coseguro | *Consulte la sección Equipo médico duradero |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 30% de coseguro | 50% de coseguro | -----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 su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista para niños | 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 |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Exámenes de la vista para niños
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Atención dental (adultos)
- Anteojos para niños
- Atención a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Chequeo dental
- Audífonos
- Atención de los ojos de rutina (adultos)

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
- 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. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), 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

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

———— Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. ————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. 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 | \$2,800 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$2,200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,060 |

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 | \$2,800 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$600 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,420 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$2,800 |
| ■ Coseguro del especialista | 30% |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

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