



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica 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 u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, contacte Health Benefits Department at (530)378-8200. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar (530) 378-8200 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$250/individual o \$500/familia	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La atención preventiva está cubierta antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$2,000 individual / \$4,000 familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a>
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> , visite <a href="http://www.anthem.com/ca.com">www.anthem.com/ca.com</a> o llame al (530) 378-8200.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la red del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Muchos tienen que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> llamada (530) 378-8200	Medicamentos genéricos	20% <a href="#">coseguro</a> 0% preventiva	No cubierto	El miembro debe enviar los recibos de pagado de medicamentos recetados al <a href="#">plan</a> para su reembolso.
	Medicamentos de marca	40% <a href="#">coseguro</a> 0% preventiva	No cubierto	
	Diabetes (programa de bienestar)	0% <a href="#">coseguro</a>	No cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	No cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un <a href="#">proveedor no preferido</a> que no sea una emergencia
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">Preautorización</a> para la hospitalización del paciente. Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un <a href="#">proveedor no preferido</a> que no sea una emergencia
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Los únicos beneficios por abuso de sustancias disponibles son para empleados con el programa EAP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">Preautorización</a> para la hospitalización del paciente. Penalización del 25% por la utilización de un hospital de un <a href="#">proveedor no preferido</a> que no sea una emergencia. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados no están cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Los beneficios por madurez se limitan a empleados y cónyuges.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	18 visitas/12 meses. Incluye terapia física restaurativa, terapia del habla y terapia ocupacional. Servicios de enfermería registrados en lugar de hospitalización únicamente
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Servicios de enfermería registrados en lugar de hospitalización únicamente
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Limitado a la compra o alquiler de equipo que sea menor según la Política del Comité Administrativo: Equipo médico duradero.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	No cubierto	No cubierto	Ninguno
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% hasta \$100 por Año del plan
	Anteojos para niños	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% hasta \$150 por Año del plan
	Control dental para niños	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% hasta \$1500 por Año del plan

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados alternativos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Servicios de habilitación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de hospicio</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> </ul> |
|---|---|---|

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica (solo programa de peso)</li> <li>• Atención quiropráctica/Acupuntura (80% de \$ 50 / visita. 18 visitas por 12 meses.)</li> <li>• Atención dental (adultos) 80% hasta \$1500 por Año del plan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparato del oído para sordos (80% de \$ 500 por 36 meses)</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los US</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado oftalmológico de rutina (adultos): 80% hasta \$100 para exámenes y hasta \$150 para anteojos/lentes de contacto por Año del plan</li> <li>• Programa de control de peso (solo empleado y cónyuge)</li> </ul> |
|--|--|---|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Una lista de estados con programas de asistencia al consumidor está disponible en [http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer\\_assistance-Grants/](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer_assistance-Grants/).

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

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-225-5254, código de cliente: 99937

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-225-5254, customer code: 99937

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-225-5254, customer code: 99937

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

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,750
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,060</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$980
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$230
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,460</b>

**Fractura simple de Mía**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$250
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$250
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$760</b>

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