

 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/fi>. 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 (855) 333-5735 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$1,000 /por una persona o \$2,000 /por familia para proveedores dentro de la red . \$1,750 /por una persona o \$3,500 /por familia para proveedores fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros 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. Medicamentos recetados para proveedores dentro y fuera de la red . Atención preventiva , visita de atención primaria, visita al especialista y examen de la vista para proveedores dentro de la red .	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 . \$7,000 /por una persona o \$14,000 /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 ?	Multas por no obtener preautorización, primas , cargos correspondientes a saldo de facturación 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 .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí, HealthKeepers. Consulte www.anthem.com o llame al (855) 333-5735 para obtener un listado de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (saldo de facturación). 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.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión .



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/visita; no se aplica deducible .	30% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	\$50/visita; no se aplica deducible .	30% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	30% de coseguro	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	30% de coseguro	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% de coseguro	30% 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/fi>.

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 http://www.anthem.com/pharmacyinformation/	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	\$10/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$25/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	\$10/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$25/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	*Consulte la sección Medicamentos recetados.
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /de marca	\$40/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$100/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	\$40/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$100/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos / medicamentos especializados	\$60/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$150/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	\$60/receta; no se aplica deducible (venta minorista) y \$150/receta; no se aplica deducible (entrega a domicilio)	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	20% de coseguro hasta un máximo de \$250/receta; no se aplica deducible (venta minorista y entrega a domicilio)	20% de coseguro ; no se aplica deducible (venta minorista y entrega a domicilio)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	30% de coseguro	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	30% de coseguro	Con cobertura dentro de la red	-----ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	Con cobertura dentro de la red	-----ninguna-----
	Atención de urgencia	\$50/visita; no se aplica deducible .	30% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% de coseguro	30% 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/fi>.

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)	
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio \$30/visita; no se aplica <u>deducible</u> . Otros servicios para pacientes ambulatorios 30% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio 30% de <u>coseguro</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios 30% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$50/visita; no se aplica <u>deducible</u> .	30% de <u>coseguro</u>	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 <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	100 visitas/periodo de beneficios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 días/estadía.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	\$15/visita; no se aplica <u>deducible</u> .	Reembolso de un monto superior a \$30	*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.

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| • Acupuntura | • Cirugía bariátrica | • Cirugía cosmética |
| • Cuidado dental (adultos) | • Chequeo dental | • Anteojos para niños |
| • Dispositivos para la audición | • Tratamiento de la infertilidad | • Atención médica a largo plazo |
| • Servicios de enfermería privada | • Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes. | • 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](#).)

- | | | |
|--|---|---|
| • Aborto | • Atención quiropráctica: 30 visitas/
periodo de beneficios. | • La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com |
| • Atención de rutina de la vista (adultos):
La cobertura tiene un límite de 1 examen de detección . | | |

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: Virginia Bureau of Insurance, 1300 East Main Street, P. O. Box 1157, Richmond, VA 23218, (800) 552-7945. 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, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279

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

Virginia Bureau of Insurance, 1300 East Main Street, P. O. Box 1157, Richmond, VA 23218, (800) 552-7945

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría 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/fi>.

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](#) \$1,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [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	\$12,840
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$100
Coseguro	\$3,720
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,880

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](#) \$1,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [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	\$7,460
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$2,530
Coseguro	\$40
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$3,625

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [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	\$2,010
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$150
Coseguro	\$490
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,640

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