
 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/](http://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 <a href="#">deducible</a> general?	\$1,000/por una persona o \$2,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$1,500/por una persona o \$3,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</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> , visita de atención primaria, visita al <a href="#">especialista</a> y examen de la vista para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</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?	Sí. \$150/por una persona o \$300/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> para medicamentos recetados. \$150/por una persona o \$300/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> para medicamentos recetados. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	\$4,500/por una persona o \$9,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$6,250/por una persona o \$12,500/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 <b>desembolso máximo</b> ?	Multas por no obtener preautorización, <b>primas</b> , cargos correspondientes a <b>saldo de facturación</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> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red médica</b> ?	Sí, KeyCare. Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llame al (855) 333-5735 para obtener un listado de <b>proveedores de la red</b> .	Este <b>plan</b> usa una <b>red</b> de <b>proveedores</b> . Usted pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que pertenece a la <b>red</b> del <b>plan</b> . Pagará el monto más alto si usa un <b>proveedor</b> fuera de la <b>red</b> , y podría recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que paga su <b>plan</b> ( <b>saldo de facturación</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor</b> de la <b>red</b> podría usar un <b>proveedor</b> fuera de la <b>red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <b>proveedor</b> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <b>referido</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede consultar al <b>especialista</b> que usted desee sin necesidad de una <b>remisión</b> .

 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 <b>proveedor</b> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30/visita; no se aplica <b>deducible</b> .	40% de <b>coseguro</b>	-----ninguna-----
	Visita al <b>especialista</b>	\$50/visita; no se aplica <b>deducible</b> .	40% de <b>coseguro</b>	-----ninguna-----
	<b>Atención preventiva/examen colectivo</b> /vacuna	Sin cargo	40% de <b>coseguro</b>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <b>proveedor</b> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <b>plan</b> .
Si se realiza un examen	<b>Prueba diagnóstica</b> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <b>coseguro</b>	40% de <b>coseguro</b>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <b>coseguro</b>	40% de <b>coseguro</b>	-----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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a>	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	\$10/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$25/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	\$10/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (venta minorista) y \$25/receta; no se aplica <a href="#">deducible</a> (entrega a domicilio)	*Consulte la sección Medicamentos recetados.
	Nivel 2: Normalmente medicamentos <a href="#">preferidos</a> /de marca	\$40/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista) y \$100/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (entrega a domicilio)	\$40/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista) y \$100/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (entrega a domicilio)	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no <a href="#">preferidos</a> / <a href="#">medicamentos especializados</a>	\$60/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista) y \$150/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (entrega a domicilio)	\$60/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista) y \$150/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (entrega a domicilio)	
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$250/receta; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista y entrega a domicilio)	20% de <a href="#">coseguro</a> ; se aplica <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados (venta minorista y entrega a domicilio)	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a> .	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% 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/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	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio \$30/visita; no se aplica <u>deducible</u> . Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio 40% de <u>coseguro</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de <u>coseguro</u>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$50/visita; no se aplica <u>deducible</u> .	40% 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	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	100 visitas/periodo de beneficios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 días/estadía.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	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 |
| • 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/<br>periodo de beneficios.   | • La mayor parte de la cobertura que se brinda fuera de los Estados Unidos. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a> |
| • Servicios de enfermería privada: Los servicios ambulatorios tienen un límite de 16 horas por miembro por año calendario. | • Atención de rutina de la vista (adultos): La cobertura tiene un límite de 1 examen de <a href="#">detección</a> . |   |

**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](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, 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](http://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) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$160
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,480
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,700</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](#) \$1,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$248
<a href="#">Copagos</a>	\$4,227
<a href="#">Coseguro</a>	\$25
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,555</b>

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$150
<a href="#">Coseguro</a>	\$326
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,476</b>

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