

 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: Información sobre el costo del [plan](#) (llamada prima) se proporcionará aparte. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, refiérase al Resumen Descripción del Plan en el sitio: fao.org o llame a 1-800-244-4530. Para una definición de los términos de uso común, [como monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [copago](#), [coseguro](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en fao.org o llamar a 1-800-244-4530 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
¿Cuál es el deducible general?	\$150/individual o \$450/familia 03/01-2/28.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducibles pagados por los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Si. Servicios de hospital internado, exámenes físicos de rutina, chequeo de bien bebé hasta 24 meses de edad el beneficio de prescripciones recetados.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún usted no ha alcanzado el monto deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$3,000/individual o \$6,000/familia. Proveedores participantes (PPO) solamente.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas, cargos de balanza facturada, cuidado de salud no cubierto por este plan, copagos , coseguro , o reclamaciones de proveedor no-PPO.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Si. La red de Anthem Blue Cross Prudent Buyer Plan. Vea http://www.anthem.com/ca para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta, que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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 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	\$15 copago / visita	\$15 copago / visita Más 30% de coseguro		Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, además del 30% coseguro , también tiene que pagar los cargos en exceso de las cantidades permitidas.
	Visita al especialista	10% coseguro	30% coseguro		Ninguno.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin costo	Inmunizaciones: 30% coseguro *+* Todos los demás preventivos: monto máximo a pagar de \$300 para adultos, \$200 para niños.		Este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	10% coseguro	30% coseguro		Ninguno.
	Imágenes (tomografía computarizada/PET, resonancia magnética)	10% coseguro	30% coseguro		Cuando usa un no-PPO para un servicio cubierto, además del 30% coseguro , también tiene que pagar los cargos que exceden las cantidades permitidas
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.OptumRx.com	Medicamentos genéricos	\$10 copago /prescripción por menor* o \$20 copago /prescripción por correo	\$10 copago /prescripción por menor* más exceso de cantidad de contrato		Provisión por menos de 30-días; 90-días por correo. *Doble copago después de la tercera provisión al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$20 copago /prescripción por menor* o \$40 copago /prescripción por correo	\$20 copago /prescripción por menor* más exceso de cantidad de contrato		Igual a prescripciones genéricos.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$30 copago /prescripción por menor* o \$60 copago /prescripción por correo	\$30 copago /prescripción por menor* más exceso de cantidad de contrato		Igual a prescripciones genéricos.

Lo Que Usted Paga				
Eventos Médicos Comunes	Servicios Que Podría Necesitar	Proveedor en la Red (Usted Pagará lo Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará lo Máximo)	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
	Medicamentos especializados	\$20 <u>copago</u> / medicinas inyectables; medicinas orales igual que arriba para genéricos, preferido/no-preferido	No se <u>cubre</u>	Tiene que usar <i>proveedor</i> contratado BriovaRx para todas <u>prescripciones de especialidad</u> .
Si se somete a una operación ambulatoria (continuado)	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% <u>coseguro</u>	Exceso de \$500/día	Usted paga todos los cargos en exceso de \$500/día si usa un no-PPO. Para centros de cirugía para paciente externo en hospital, la máxima autorización para artroscopia es \$6,000; cataratas es \$2,000 y colonoscopia es \$1,500.
	Honorarios del médico/cirujano	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$25 <u>copago</u> /visita 1, 2, 3 \$50 <u>copago</u> a partir más 10% <u>coseguro</u>	\$25 <u>copago</u> /visita 1, 2, 3 \$50 <u>copago</u> a partir más 30% <u>coseguro</u>	Usted pagará el <u>copago</u> alto de \$50 a partir de 3 visitas por año calendario.
	Transporte médico de emergencia	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u> o 10% <u>coseguro</u> si es grave para la vida.	Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, además del 30% <u>coseguro</u> , usted también paga los cargos en exceso de las cantidades permitidas.
	Atención de urgencia	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Para centro de atención de urgencia no en un hospital. Cuando usa un no-PPO para cualquier servicio cubierto, además del 30% <u>coseguro</u> , también paga cargos en exceso de cantidades permitidas.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 y no hay costo para el resto de la estancia en hospital.	30% <u>coseguro</u> * de los primeros \$10,000 de gastos cubiertos y no hay costo para Cargos Cubiertos para el resto de su estancia.	*10% <u>coseguro</u> de primer \$10,000 si usa no-PPO debido a una emergencia o porque residencia esta fuera del área de servicio del PPO. Reviso de utilización se requiere para todas admisiones hospitalarias. 20% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 por no conformar (no-PPO solamente). Cirugía reemplazo de cadera o rodilla rutinaria tiene límite de \$30,000. Use hospitales designados para reemplazo de cadera o rodilla.
	Honorarios del médico/cirujano	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, además del 30% <u>coseguro</u> , también tiene que pagar los cargos en exceso de las cantidades permitidas.

Eventos Médicos Comunes	Lo Que Usted Paga			
	Servicios Que Podría Necesitar	Proveedor en la Red (Usted Pagará lo Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará lo Máximo)	Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
Si necesita servicios de salud mental, conductual o servicios de abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	\$15 <u>copago</u> /visita de oficina y 10% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios	\$15 <u>copago</u> más 30% <u>coseguro</u> /visita de oficina y 30% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios.	Además, hasta tres (3) visitas sin costo por incidente por Año del Plan usando el programa de EAP. Solamente con remisión y con proveedores del red.
	Servicios internos	10% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 y no hay costo para resto de estancia en hospital.	30% <u>coseguro</u> * de los primeros \$10,000 de gastos cubiertos y no hay costo para Cargos Cubiertos para el resto de su estancia.	*10% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 si usa no-PPO debido a una emergencia o porque residencia esta fuera del área de servicio del PPO. Reviso de utilización se requiere para todas admisiones hospitalarias. 20% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 por no conformar (no-PPO solamente).
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cargo.	Embarazo no se <u>cubre</u> para hijos dependientes.
	Servicios de parto profesionales	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Embarazo no se <u>cubre</u> para hijos dependientes.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Internado 10%/30% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000, no hay costo el resto de estancia. Reviso de utilización se requiere si duración de estancia es más de 48 horas para nacimiento natural o 96 horas para cesárea.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	<u>Preautorización</u> es requerido.
	Servicios de rehabilitación	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Ninguno.
	Servicios de habilitación	Not covered	Not covered	Usted paga 100% de estos gastos.
	Cuidado de enfermería especializada	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Igual que cargo de instalacione si tiene estancia en hospital (vea página 3).
	Equipo médico duradero	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Requiere prescripción por médico.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	<u>Preautorización</u> es requerido.
Si su niño necesita servicios de cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un plan de visión separado.
	Espejuelos para niños	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un plan de visión separado.
	Examen dental para niños	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un plan dental separado.

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 | • Cuidado a largo plazo | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Cuidado dental (puede estar cubierto bajo un plan dental separado) | • Cuidado no-urgente cuando viaja fuera de EE.UU. | • Medicamentos de especialidad de una farmacia /instalación no-contratante |
| • Servicios de rehabilitación | • Servicio de enfermería privado | • Programas de pérdida de peso |
| • Tratamiento de la infertilidad | • Cuidado ocular de rutina (puede estar cubierto bajo un plan de visión separado) | |

Otros Servicios Cubiertos (Podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan.)

- | | | |
|---|--------------------------------|-------------|
| • La acupuntura (si se prescribe para el tratamiento del dolor) | • <u>Cuidado Quiropráctico</u> | • Audífonos |
| • Cirugía bariátrica (cuando sea médicamente necesario) | | |

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 son: El Plan al 1-800-244-4530; el departamento de aseguración de su estado, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration en 1-866-444-3272 o <http://www.dol.gov/ebsa>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <http://www.cciio.cms.gov>. 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 <http://www.CuidadDeSalud.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 Consejo de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Obreros del Norte de California, 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498. También puede ponerse en contacto con el Department of Labor en <http://www.dol.gov/ebsa.healthcarereform> o 1-866-444-3272.

¿Este Plan Proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Acceso a Servicios Lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-4530.

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es el 0938-1146. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 0,08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo 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 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 otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en cuenta 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](#) **\$150**
- [Especialista copago](#) **10%**
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) **10%**
- Otro [coseguro](#) **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [Especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas Diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al [Especialista](#) (anestesia)

Costo Total Hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$11
Coseguro	\$1,247
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$15
El total que Peg pagaría es	\$1,423

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](#) **\$150**
- [Especialista copago](#) **10%**
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) **10%**
- Otro [coseguro](#) **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas Diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos por Recetas](#)
[Equipo Médico Duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo Total Hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$906
Coseguro	\$32
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$36
El total que Joe pagaría es	\$1,124

Fractura Simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$150**
- [Especialista copago](#) **10%**
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) **10%**
- Otro [coseguro](#) **10%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de Emergencias](#) (incluye materiales médicos)
[Prueba Diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo Médico Duradero](#) (muletas)
[Servicios de Rehabilitación](#) (terapia física)

Costo Total Hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$45
Coseguro	\$256
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$451

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