



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, [insert contact information]. 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 530-378-8200 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$250/persona o \$500/familia USD	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> familiar
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí, <a href="#">Atención preventiva</a>	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de cumplir con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de los <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 algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$2000/persona o \$4000/familia USD	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tiene que cumplir con sus propios <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> personal hasta que se cumpla el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> familiar general.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> médica?	Sí. Véa <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a> o llame 530-378-8200 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este plan tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted 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 en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios

¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <u>referido</u> .
--	-----	---

 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 <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
	Visita al <a href="#">especialista</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.[insert].com</a>	Medicamentos genéricos	20% <a href="#">coseguro</a> (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al <a href="#">plan</a> para el reembolso.
	Medicamentos de marcas preferidas	40% <a href="#">coseguro</a> (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al <a href="#">plan</a> para el reembolso.
	Medicamentos de marcas no preferidas	40% <a href="#">coseguro</a> (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al <a href="#">plan</a> para el reembolso.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	40% <a href="#">coseguro</a> (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al <a href="#">plan</a> para el reembolso.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">Preautorización</a> . No hay cobertura para proveedores excluidos

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o descripción del plan de resumen.]

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% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a> 25% pena	Se requiere <a href="#">Preautorización</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Tratamiento de abuso de sustancias no cubierto
	Servicios internos	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a> 25% pena	Se requiere <a href="#">Preautorización</a> . Tratamiento de abuso de sustancias no cubierto
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Limitado a empleados y cónyuges. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">Atención preventiva</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse <a href="#">coseguro</a> .
	Servicios de parto profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Limitado a empleados y cónyuges.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a> 25% pena	Limitado a empleados y cónyuges.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Enfermeras registradas solamente. En lugar de hospitalización solamente.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	18 visits/12 month limit
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Enfermeras registradas solamente. En lugar de hospitalización solamente.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Limitada a equipos médicos duraderos en la lista de políticas
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Examen de la vista pediátrico	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% of \$200/24-meses USD

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o descripción del plan de resumen.]

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	Anteojos para niños	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% of \$200/24-meses USD
	Chequeo dental pediátrico	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	80% of \$1250/año USD

### 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](#).)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera de servicio privado</li> </ul> |
|---|---|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica (programa de control de peso)</li> <li>• Cuidado quiropráctico</li> <li>• Cuidado dental (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado ocular de rutina (Adulto)</li> <li>• Cuidado rutinario del pie (excluye el orthotics)</li> <li>• Programa de pérdida de peso</li> </ul> |
|--|--|--|

**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: La 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). 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.CuidadDeSalud.gov](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: La 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 ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia al Consumidor de California, operado por el Departamento de Administración de Salud de California y el Departamento de Seguros, al (888) 466-2219 o <http://www.healthhelp.ca.gov>. Una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

### ¿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](#).

**Servicios lingüísticos:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-225-5254.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-225-5254.

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

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

—————*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 dentro 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 <b>deducible</b> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <b>Especialista</b> [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,800 USD</b>
-------------------------------	---------------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$1,750 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60 USD
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,060 USD</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <b>deducible</b> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <b>Especialista</b> [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400 USD</b>
-------------------------------	--------------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$1,750 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$500 USD
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,500 USD</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <b>deducible</b> general del <a href="#">plan</a>	\$250
■ <b>Especialista</b> [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900 USD</b>
-------------------------------	--------------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$30 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0 USD
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$280 USD</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO. Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: Departamento de Beneficios de Salud (530) 378-8200.