



Este documento sobre el resumen de beneficios y cobertura (SBC por sus siglas en inglés) le ayudara a elegir un [plan](#) de salud. El resumen 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 completos de la cobertura, llame al 1-619-849-1060 o visítenos en www.ourbenefitoffice.com/SanDiegoUnite. Para ver definiciones generales de los términos comunes, tales como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), o cualquier otro término subrayado consulte el glosario. Puede revisar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-619-849-1060 y solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	La razón por la que esto importa
En general, ¿cuánto es el deducible ?	\$100 persona/ \$300 familia No aplica para servicios de atención preventiva , medicamentos recetados y otros servicios médicos que requieran un copago .	Generalmente, usted debe pagar el costo total de los proveedores hasta que cumpla con la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros familiares en el plan , cada familiar debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad de gastos deducibles pagada por todos los familiares haya cumplido con el deducible familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible ?	Si. La atención preventiva y los beneficios con copagos son cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos suministros y servicios aunque usted todavía no haya cumplido con la cantidad del deducible . Pero podría aplicar un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y previo a cumplir su deducible . Encontrará una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen algunos otros deducibles para servicios específicos?	Si. \$50 por persona para atención médica en casa .	Usted debe pagar todo el costo de estos servicios hasta cumplir con la cantidad específica del deducible antes de que el plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso de este plan ?	Para proveedores PPO , \$6,350 por persona; \$12,700 por familia. Para proveedores fuera de la red , no hay límites de desembolso .	El límite de desembolso es lo más que podría pagar durante un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en este plan , cada familiar debe cumplir con su propio límite de desembolso hasta que se haya satisfecho la cantidad total del límite de desembolso familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso ?	Primas , facturación de saldos , y atención médica que este plan no cubre, y cualquier cobro de un PPO no participe de la red que usted paga.	Aunque usted pague estos gastos, no cuenta hacia su límite de desembolso .
¿Paga usted menos si acude a un proveedor de la red ?	Si. Visite www.anthem.com/ca o llame a 1-800-759-3030 para obtener una lista de los proveedores (PPO) de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted paga menos si consulta a un proveedor de la red del plan . Usted pagaría el máximo si acude con un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura del proveedor por la diferencia entre el cobro del proveedor y lo que el plan pagaría (facturación del saldo). Tenga en cuenta, que su proveedor de la red podría acudir con un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Pregúntele a su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesito una derivación para consultar a un especialista ?	No.	Usted puede consultar al especialista que usted elija sin necesitar una derivación ; sin embargo, si recibe una derivación del Family Health Center, el copago será dispensado (ver a continuación)



Todo el costo de [copagos](#) y [coaseguros](#) mostrado en esta gráfica es después que usted haya cumplido con su [deducible](#), si es que aplica un [deducible](#).

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagaría lo máximo)	
Si consulta a un proveedor médico en su consultorio o clínica	Consulta con su doctor de cabecera para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago /consulta. El deducible no aplica. Ningún copago en el Family Health Center.	50% coaseguro	Los servicios de acupuntura se cubren si son recetados para una rehabilitación únicamente y son objeto de un límite anual de \$750/40 consultas. Ningún copago en el Family Health Center para consultas a médico de cabecera en consultorio
	Consulta a especialista	\$20 copago /consulta. El deducible no aplica. Ningún copago con derivación del Family Health Center.	50% coaseguro	Si usted designa a Family Health Center como su médico de cabecera y lo refiere a un especialista , se dispensa el copago .
	Atención preventiva/análisis /vacunación	Ningún cobro. El deducible no aplica.	50% coaseguro	Si <u>no son proveedores PPO</u> , este plan paga hasta \$135 por examen. Usted podría tener que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que su plan pagaría.
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	10% coaseguro ; \$0 por exámenes preventivos . <u>(Ciertos exámenes ningún costo si se hacen en Family Health Center)</u>	50% coaseguro	Ciertos exámenes estarán disponibles sin costo alguno cuando al participante se le trate en el Family Health Center.
	Imagen médica (CT/PET scans, MRIs)	10% coaseguro ; \$0 por imágenes preventivas. <u>(Ciertos exámenes ningún costo si se hacen en Family Health Center)</u>	50% coaseguro	Podría haber algunos exámenes disponibles sin costo alguno si el participante es referido por el Family Health Center a una clínica designada.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagaría lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre cobertura de medicinas recetadas está disponible por medio de http://unitehere30benefits.org	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago</u> menudeo u orden por correo). No aplica el <u>deducible</u> . Ciertos medicamentos están disponibles sin costo alguno en el Family Health Center.	No cubre.	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo). Ciertos medicamentos genéricos están disponibles sin costo alguno en el Family Health Center. La lista de medicamentos sin costo cubiertos puede cambiar de vez en cuando.
	Medicamentos de marca preferida	Si no hay genéricos disponibles: 20% mínimo <u>coaseguro</u> de \$15 menudeo u orden por correo. Si hay genérico disponible: \$15 <u>copago</u> más la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el de marca. El <u>deducible</u> no aplica. Ciertos medicamentos están disponibles sin costo alguno en el Family Health Center.	No cubre.	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo); suministro de 31-90 días (receta ordenada por correo). Los siguientes tipos de medicamentos de marca requieren probar por lo menos un genérico: estatinas, SSRI antidepresivos, ARB/ACE, para ayudar a dormir, inhibidores de la bomba de protones. Ciertos medicamentos de marca están disponibles sin costo alguno en el Family Health Center. La lista de medicamentos cubiertos sin costo puede cambiar de vez en cuando.
	Medicamentos de especialidad	20% mínimo coaseguro de \$15 menudeo u orden por correo. El <u>deducible</u> no aplica.	No cubre.	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta ordenada por correo). <u>Prevía autorización</u> requerida.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagaría lo máximo)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cobro de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	10% <u>coaseguro</u> (La tarifa de la clínica y el honorario del médico se limitan a \$375 si Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u>)	50% <u>coaseguro</u>	Los procedimientos médico-quirúrgicos ambulatorios tienen un copago fijo de \$375 cuando el Family Health Center refiere al paciente a un proveedor de la red.
	Honorario de médico/cirujano	10% <u>coaseguro</u> (La tarifa de la clínica y el honorario del médico se limitan a \$375 si Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u>)	50% <u>coaseguro</u>	El <u>coaseguro</u> tiene un límite máximo de \$375 si se designa al Family Health Center como <u>médico de cabecera</u> del participante, de modo que el costo directo por la tarifa del centro y el <u>coaseguro</u> no superará los \$375ares.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencia	\$100 <u>copago</u> si es medicamento necesario. Se dispensa el <u>copago</u> si es hospitalizado.	\$100 <u>copago</u> si es medicamento necesario. Se dispensa el <u>copago</u> si es hospitalizado.	\$250 <u>copago</u> más el 10% de cobros en exceso de \$250 aplicaran si se acude a una sala de emergencia PPO para una condición médica no considerada una <u>emergencia</u> verdadera (el tratamiento podría haberse tratado en una <u>clínica de urgencias</u> o clínica en tienda de menudeo). <u>Proveedores no PPO</u> 50% <u>coaseguro</u> si no es por <u>atención de emergencia</u> .
	Transporte médico de emergencia	20% <u>coaseguro</u>	20% <u>coaseguro</u>	<u>Proveedores no PPO</u> 50% <u>coaseguro</u> si no es por atención de emergencia.
	Atención de urgencia	<u>Centro de urgencias</u> \$20 <u>copago</u> /consulta; el <u>deducible</u> no aplica. Clínica en tienda de menudeo (CVS) - \$10 <u>copago</u> /consulta; el <u>deducible</u> no aplica.	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagaría lo máximo)	
Si usted ingresa al hospital	Cobro de la institución (es decir, cuarto de hospital)	\$500 <u>copago</u> por hospitalización para estancias autorizadas; el <u>deducible</u> no aplica.	El <u>Plan</u> paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado y \$300 diarios por dependientes. Cobros auxiliares: 50% <u>coaseguro</u> .	Las estancias en el hospital deben estar previamente autorizadas o se cargará una multa por no obtener una <u>preautorización</u> . El <u>copago</u> hospitalario se limitará a una cantidad fija de \$750 (\$500 de copago y un límite máximo de \$250 para prestaciones auxiliares hospitalarias y médicas). El límite máximo de \$750 incluye los gastos hospitalarios, así como todos los cargos asociados a la hospitalización, incluyendo los cargos auxiliares y de otros proveedores.
	Honorario del médico / cirujano	10% <u>coaseguro</u> (El honorario del médico se limitan a \$250 si Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u>)	50% <u>coaseguro</u>	El <u>coaseguro</u> se limita a \$250 máximo si Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u> del participante, por lo tanto el desembolso de la tarifa de la clínica y el <u>coaseguro</u> no excederá \$750.
Si necesita servicios para salud mental, salud del comportamiento, o abuso de sustancias	Servicios para paciente externo	10% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios para paciente interno	\$500 <u>copago</u> por <u>hospitalización</u> para estancias autorizadas; el <u>deducible</u> no aplica. Honorarios médicos: 10% de <u>coaseguro</u> (los cargos del centro y del médico tienen un límite máximo de \$750 si se designa al Family Health Center como <u>médico de cabecera</u>)	Para salud mental o del comportamiento, el <u>plan</u> paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado y \$300 diarios por dependientes. Cobros auxiliares: 50% <u>coaseguro</u> . Para trastorno del abuso de sustancias química: 50% <u>coaseguro</u> .	El <u>copago</u> hospitalario se limitará a una cantidad fija de \$750 (\$500 de <u>copago</u> / \$250 de límite máximo para prestaciones auxiliares hospitalarias y servicios médicos). El límite de \$750 incluye el hospital, así como todos los cargos auxiliares y de otros proveedores asociados a la hospitalización. El <u>coaseguro</u> tiene un límite máximo de \$250 si el Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u> del participante, de modo que el desembolso directo por la tarifa de la instalación y el <u>coaseguro</u> no superará los \$750.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagaría lo máximo)	
Si está embarazada	Citas en consultorio	10% <u>coaseguro</u> (\$0 para servicios <u>preventivos</u>)	50% <u>coaseguro</u>	El costo compartido no aplica para <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad podría incluir exámenes y servicios descritos en otras partes de este resumen de beneficios y cobertura (ej.: ultrasonido) Dependiendo en el tipo de servicio, podría aplicar un <u>coaseguro y deducible</u> .
	Servicio profesional para parto	10% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Cobertura limitada para hijas dependientes.
	Servicios de parto en la clínica	\$500 <u>copago</u> por hospitalización para estancias autorizadas; el <u>deducible</u> no aplica.	50% <u>coaseguro</u>	
Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial	Atención médica en casa	10% <u>coaseguro</u>	20% <u>coaseguro</u>	Aparte \$50 de <u>deducible</u> por persona
	Servicios de rehabilitación	\$20 <u>copago</u> /consulta; el <u>deducible</u> no aplica.	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios de habilitación	\$20 <u>copago</u> /consulta; el <u>deducible</u> no aplica.	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	\$500 <u>copago</u> por hospitalización para estancias autorizadas; el <u>deducible</u> no aplica.	El Plan paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; \$100 diarios por dependientes. Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado y \$300 diarios por dependientes. Cobros auxiliares: 50% <u>coaseguro</u> .	Máximo de 60 días por discapacidad.
	Equipo médico duradero	10% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios para enfermos terminales	10% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	\$0	\$5 <u>copago</u> , el plan paga hasta \$45	Límite de un examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	\$15 <u>copago</u> , el plan paga hasta \$150	\$15 <u>copago</u> , el plan paga hasta \$45	Límite de un par de anteojos cada 24 meses.
	Examen dental para niños	\$0	\$0, después de cumplir \$50 de <u>deducible</u> .	El plan paga el 100% del límite indicado para <u>servicios preventivos</u> .

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que, generalmente, su [Plan](#) NO cubre (Revise su póliza o documento del plan para más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| • Cirugía cosmética | • Cuidados de largo plazo | • Atención rutinaria de los ojos (adulto) |
| • Atención dental (adulto) | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE.UU. | • Atención rutinaria de los pies |
| • Tratamiento de infertilidad | • Enfermería privada | |

Otros servicios cubiertos (Podría haber limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| • Acupuntura (si es recetada con fines de rehabilitación) | • Atención quiropráctica | • Programas para bajar de peso. |
| • Cirugías bariátricas | • Aparatos auditivos | |

Sus derechos para continuar cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. Los datos de contacto de tal agencia son: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podría haber otras opciones de cobertura para usted, incluso comprar seguro de cobertura individual por medio del mercado de seguros médicos (Health Insurance [Marketplace](#)). Para mayor información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos sobre agravio y apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si usted ha presentado una queja contra su [plan](#) debido a la denegación de una [reclamación](#). A esta queja se le llama un [agravio](#) o [apelación](#). Para mayor información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibiría por tal [queja](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa sobre como presentar una [queja](#), [apelación](#), o [agravio](#) ante su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación, o asistencia, comuníquese a San Diego UNITE HERE Health Fund, 3737 Camino del Rio South, Ste. #300, San Diego, CA 92108 o llame al 1-619-849-1060. También puede contactar al departamento de seguros (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Proporciona este plan la cobertura mínima esencial? **Sí**

Generalmente la [cobertura mínima esencial](#) incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través de [Marketplace](#) u otra póliza individual del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras coberturas. Si usted es elegible a ciertos tipos de [cobertura mínima esencial](#), podría ser que no fuese elegible al [crédito tributario de prima](#).

¿Cumple esta cobertura con las normas sobre el valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con las [normas del valor mínimo](#), podría ser elegible a un [crédito tributario de prima](#) para ayudarle a pagar por un [plan](#) por medio del mercado ([Marketplace](#)).

Servicio de acceso a los idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-925-398-7044 o gratis al 1-619-574-1685.

—————Para ver ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir los costos de una situación médica supuesta, vea la siguiente sección.—————

PRA declaración de divulgación: Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es **0938-1146**. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de **0.08** minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Respecto a estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los ejemplos son simplemente para demostrar cómo podría este [plan](#) cubrir su atención médica. Su costo actual sería diferente dependiendo en la atención que actualmente recibe, los precios que cobran sus [proveedores](#), y cualquier otro factor. Enfoque su atención en las cantidades del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos y coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice estos datos para comparar la parte de los costos que usted podría pagar bajo diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que los ejemplos de cobertura están basados en cobertura individual únicamente.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible integral del plan	\$100
■ Copago por especialista	\$20
■ Copago de Hospital (clínica)	\$500
■ Otro coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Consultas a [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios de la clínica para el parto
Exámenes diagnósticos (*ultrasonido y análisis de sangre*)
 Consulta a [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$11,540
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coaseguro</u>	\$500
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites y exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,160

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(Un año de atención rutinaria de una condición bien controlada, dentro de la red)

■ El deducible integral del plan	\$100
■ Copago por especialista	\$20
■ Copago de Hospital (clínica)	10%
■ Otro coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Consultas al [médico de cabecera](#) (*inclusive educación sobre la enfermedad*)
Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$4,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coaseguro</u>	\$80
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites y exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$700

Simple fractura de Mia

(consulta en sala de emergencia de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible integral del plan	\$100
■ Copago por especialista	\$20
■ Copago de Hospital (clínica)	\$100
■ Otro coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Atención en sala de emergencia (*incluso suministros médicos*)
Examen diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$2,300
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coaseguro</u>	\$200
<i>Lo que no cubre</i>	
Límites y exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500