



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 llame al 1-619-849-1060 y solicite una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	La razón por la que esto importa
En general, ¿cuánto es el <u>deducible</u> ?	\$500 por persona.	Generalmente, usted debe pagar el costo total de los <u>proveedores</u> hasta que cumpla con la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Existen servicios cubiertos antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Si. La <u>atención preventiva</u> y los beneficios con <u>copagos</u> son cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos suministros y servicios aunque usted todavía no haya cumplido con la cantidad del <u>deducible</u> . Pero podría aplicar un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y previo a cumplir su <u>deducible</u> . Encontrará una lista de <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen algunos otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con ningún otro <u>deducible</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores PPO</u> , \$6,350 por persona. Para <u>proveedores fuera de la red</u> , no hay límites de desembolso.	El <u>límite de desembolso</u> es lo más que podría pagar durante un año de servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ?	<u>Primas</u> , <u>facturación de saldos</u> , y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre, y cualquier cobro de un <u>PPO</u> no <u>participe</u> que usted paga.	Aunque usted pague estos gastos, no cuenta hacia su <u>límite de desembolso</u> .
¿Paga usted menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	Si. Visite www.anthem.com/ca o llame a 1-800-759-3030 para obtener una lista de los <u>proveedores (PPO)</u> de la red.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted paga menos si consulta a un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagaría el máximo si acude con un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cobro del proveedor y lo que el <u>plan</u> pagaría (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta, que su <u>proveedor de la red</u> podría acudir con un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesito una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> que usted elija sin necesitar una <u>derivación</u> del plan, sin embargo, si recibe una derivación del Family Health Center, el <u>copago</u> sería 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	25% coaseguro 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. No hay copago en Family Health Center por atención primaria en consultorio.
	Consulta a especialista	25% coaseguro Ningún copago con una referencia del el Family Health Center.	50% coaseguro	Si usted designa al Family Health Center como su médico de cabecera y es referido 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 <u>plan</u> 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 <u>plan</u> pagaría.
Si se hace un examen	Examen diagnostico (radiografía, análisis de sangre)	25% coaseguro ; \$0 por exámenes preventivos . (Ciertos exámenes no se cobran en el Family Health Center)	50% coaseguro	Ciertos exámenes estarán disponibles sin costo alguno cuando el participante sea tratado en el Family Health Center.
	Imagen médica (CT/PET scans, MRIs)	25% coaseguro ; \$0 por imágenes preventivas. (Ciertos exámenes no se cobran cuando son derivados por el Family Health Center)	50% coaseguro	Algunos exámenes podrían estar disponibles sin costo alguno cuando el participante sea 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 <u>deducible</u> . Ciertos medicamentos 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 estarán disponibles sin costo alguno en el Family Health Center. La lista de medicamentos cubiertos sin costo 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: \$30 <u>copago</u> más la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el de marca. El <u>deducible</u> no aplica. Ciertos medicamentos podrían estar 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 estarán 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 <u>coaseguro</u> de \$15 menudeo u orden por correo. El <u>deducible</u> no aplica.	No cubre.	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta a menudeo). <u>Prevía autorización</u> requerida.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cobro de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Family Health Center: no se pagan beneficios especiales, al igual que con cualquier otro gasto médico.
	Honorario de medico/cirujano	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Family Health Center: no se pagan beneficios especiales, al igual que con cualquier otro gasto médico.

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 atención médica inmediata	Atención de sala de emergencia	25% <u>coaseguro</u>	25% <u>coaseguro</u>	Proveedores <u>no PPO</u> 50% <u>coaseguro</u> si no es por atención de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Proveedores <u>no PPO</u> 50% <u>coaseguro</u> si no es por atención de emergencia.
	Atención de urgencia	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna
Si usted ingresa al hospital	Cobro de la institución (es decir, cuarto de hospital)	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Las estancias en el hospital deben estar previamente autorizadas o se cargará una multa por no obtener una preautorización. El <u>Plan</u> paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado Cobros auxiliares: El <u>copago</u> hospitalario se limitará a una cantidad fija de \$750 (\$500 de <u>copago</u> 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, tanto auxiliares como de otros proveedores.
	Honorario del médico / cirujano	25% <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.

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 servicios para salud mental, salud del comportamiento, o abuso de sustancias	Servicios para paciente externo	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios para paciente interno	25% <u>coaseguro</u> El <u>coaseguro</u> del honorario del médico se limita a \$250 si el Family Health Center es designado como el <u>médico de cabecera</u>)	50% <u>coaseguro</u> .	El <u>Plan</u> paga: Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado Cobros auxiliares: El <u>copago</u> hospitalario se limitará a una cantidad fija de \$750 (\$500 de <u>copago</u> 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, tanto auxiliares como de otros proveedores.
Si está embarazada	Citas en consultorio	25% <u>coaseguro</u> (\$0 para servicios <u>preventivos</u>)	50% <u>coaseguro</u>	El <u>costo compartido</u> 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> .
	Servicios profesionales para el parto	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios de parto en la clínica	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna
Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial	Atención médica en casa	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios de habilitación	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u> .	Máximo 60 días por discapacidad. Cuarto y comida: \$135 diarios por empleado; Cuidados intensivos \$405 diarios por empleado Cobros auxiliares
	Equipo médico duradero	25% <u>coaseguro</u>	50% <u>coaseguro</u>	Ninguna.
	Servicios para enfermos terminales	25% <u>coaseguro</u>	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 su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	No cubre.	No cubre.	No aplica.
	Anteojos para niños	No cubre.	No cubre.	No aplica.
	Examen dental para niños	No cubre.	No cubre.	No aplica.

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

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 | |
| • Cirugía bariátrica | • Aparatos auditivos | • Programas para bajar de peso. |

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: Department of Labor's 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	\$500
■ Coaseguro para especialista	25%
■ Coaseguro para Hospital (clínica)	25%
■ Otro coaseguro	25%

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*)
 Consultas a [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$9,130
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coaseguro</u>	\$3,000
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,570

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	\$500
■ Coaseguro para especialista	25%
■ Coaseguro para Hospital (clínica)	25%
■ Otro coaseguro	25%

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	\$4,380
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coaseguro</u>	\$400
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,220

Simple fractura de Mia

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

■ El deducible integral del plan	\$500
■ Coaseguro para especialista	25%
■ Coaseguro para Hospital (clínica)	25%
■ Otro coaseguro	25%

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	\$1,690
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coaseguro</u>	\$600
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,110