

Anthem Blue Cross: Granite Construction Inc. (Salaried) Health Savings Account Cobertura para: Individual + Familiar | Tipo de plan: CDHP (HSA) BC PPO \$1,650/80/60



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/ca/aso>. 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/ o llamar al (888) 596-6014 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$1,650/por una persona o \$3,300/por familia. Todos los proveedores .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar total antes de que el plan comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva para proveedores dentro de la red .	Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ?	\$5,600/por una persona o \$11,200/por familia para proveedores dentro de la red . \$5,600/por una persona o \$11,200/por familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo 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 plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Servicios no considerados médicamente necesarios por la Administración Médica y/o Anthem. Primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que no cubra este plan .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .

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

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí, Blue Card PPO. Consulte www.anthem.com/ca o llame al (888) 596-6014 para obtener un listado de los proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo) . Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una remisión .



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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	40% de coseguro	Beneficios de visitas virtuales (Telesalud) disponibles.
	Visita al especialista	20% de coseguro	40% de coseguro	Beneficios de visitas virtuales (Telesalud) disponibles.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	40% de coseguro	Atención de la visión (examen de rutina): Sin cobertura. Es posible que tenga que pagar los servicios que no son atención preventiva . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.optumrx.com	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de coseguro	40% Sin cobertura	La mayoría de los servicios de entrega a domicilio son para un suministro para 90 días. *Consulte la sección Medicamentos recetados del documento del plan o de la póliza (p. ej., evidencia de cobertura o certificado).
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /de marca	20% de coseguro	40% Sin cobertura	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos / medicamentos especializados	20% de coseguro	40% Sin cobertura	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	20% de coseguro	40% Sin cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	20% de coseguro para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	Con cobertura como dentro de la red	La ambulancia terrestre fuera de la red está cubierta al nivel de beneficios dentro de la red a los cargos facturados hasta \$5,000 como máximo por viaje.
	Atención de urgencia	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	20% de coseguro para anestesia.

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 necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 20% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de coseguro	Visita al consultorio 20% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de coseguro	Beneficios de visitas virtuales (Telesalud) disponibles. Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de coseguro	40% de coseguro	20% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores dentro de la red . 40% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores fuera de la red . La atención basada en las instalaciones está sujeta a revisión de utilización; se aplicará una multa de \$500 por falta de certificación previa; se cancela para las admisiones de emergencia.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	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 coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	120 visitas/periodo de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro	40% de coseguro	-----ninguna-----
	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

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	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la vista
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales

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
- Exámenes de la vista para niños
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Atención dental (adultos)
- Anteojos para niños
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso
- Chequeo dental
- Atención de los ojos de rutina (adultos)

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

- Aborto
- Atención quiropráctica: 24 visitas/periodo de beneficios.
- La mayoría de los servicios de emergencia se brindan fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Acupuntura: 12 visitas/periodo de beneficios.
- Audífonos: 1/oído cada 3 años.
- Cirugía bariátrica para [proveedores](#) dentro de la [red](#).
- Tratamiento de infertilidad (\$10,000 máximo de por vida para servicios médicos; máximo de por vida de \$10,000 por separado para servicios de farmacia).

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: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), 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 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](#), PO Box 54159, Los Angeles, CA 90054-0159

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿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.* —————

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	\$1,650
■ Coseguro del especialista	20%
■ 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	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,650
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,500
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$100
El total que Peg pagaría es	\$4,250

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	\$1,650
■ Coseguro del especialista	20%
■ 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	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,360

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

■ El deducible general del plan	\$1,650
■ Coseguro del especialista	20%
■ 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	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,650
Copagos	\$0
Coseguro	\$400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mia pagaría es	\$2,060

