




El Resumen de beneficios y cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) se proporcionará por separado. Es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en [lacare.org](http://lacare.org). Para una definición general de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary](http://healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$0  | Consulte en el cuadro de eventos médicos comunes a continuación sus costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. No hay <a href="#">deducible</a> .   | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> ; sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos cubiertos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>   |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.  | No es necesario que alcance los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.  |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | \$4,500 por persona/\$9,000 por familia.   | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.  |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?      | <a href="#">Las primas</a> , <a href="#">la facturación de saldos</a> y la atención médica que este plan no cubre.                                       | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                           | Sí. Visite <a href="http://lacare.org">lacare.org</a> o llame al 1-855-270-2327 para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> participante que esté incluido en la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor no participante</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor participante</a> puede usar un <a href="#">proveedor no participante</a> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> ?  | Sí.  | Este <a href="#">plan</a> pagará parte o la totalidad de los costos para acudir a un <a href="#">especialista</a> por servicios   |

| Preguntas importantes                        | Respuestas | Por qué es importante:  |
|--|------------|---|
| para ver a un <a href="#">especialista</a> ? |            | cubiertos, pero solo si usted cuenta con una <a href="#">referencia</a> antes de acudir al <a href="#">especialista</a> . |

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar   | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|--|--|---|
|   |   | Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |   |
| Si visita el consultorio o la clínica <a href="#">de un proveedor</a> de atención médica  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad         | \$15 de <a href="#">copago</a> /visita   | Sin cobertura                                      | Ninguno   |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                            | \$30 de <a href="#">copago</a> /visita   | Sin cobertura                                      | Se requiere una <a href="#">referencia</a> .*   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> inmunización  | Sin cargo  | Sin cobertura                                      | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará. |
| Si se realiza una prueba  | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre) | \$15 de <a href="#">copago</a> /prueba por pruebas de laboratorio.<br>\$30 de <a href="#">copago</a> /prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías | Sin cobertura                                      | Ninguno   |
|   | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)                        | \$75 de <a href="#">copago</a> /prueba   | Sin cobertura                                      | <a href="#">Se requiere autorización previa</a> . *   |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición<br><small>Puede obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos</a></small> | Nivel 1 (en su mayoría genéricos)                                       | Minorista: \$7 de <a href="#">copago</a> /receta<br>Pedido por correo: \$14 de <a href="#">copago</a> /receta  | Sin cobertura                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*  |
|   | Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)                              | Minorista: \$16 de <a href="#">copago</a> /receta<br>Pedido por correo: \$32 de <a href="#">copago</a> /receta   | Sin cobertura                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*  |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](#).

| Evento médico común  | Servicios que puede necesitar                                    | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |  |
| <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">recetados</a> disponible en <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services</a> | Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                    | Minorista: \$25 de <a href="#">copago</a> /receta<br>Pedido por correo: \$50/receta                                      | Sin cobertura                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo* |
|  | Nivel 4 ( <a href="#">medicamentos de especialidad</a> )         | 10 % de <a href="#">coseguro</a> , hasta \$250 por receta  | Sin cobertura                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .* No está disponible mediante pedidos por correo*                       |
| Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa  | Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | \$75 de <a href="#">copago</a>   | Sin cobertura                                      | <a href="#">Se requiere autorización previa</a> . *  |
|  | Tarifas del médico o cirujano                                    | \$20 de <a href="#">copago</a>   | Sin cobertura                                      | Ninguno  |
|  | Visita ambulatoria   | 10 % de coseguro   | Sin cobertura                                      | Ninguno  |
| Si necesita atención médica inmediata  | <a href="#">Atención en salas de emergencia</a>                  | \$150 de <a href="#">copago</a><br>Sin cargo por tarifas médicas   | \$150<br>Sin cargo por tarifas médicas             | El <a href="#">copago</a> no se aplica si se le hospitaliza*   |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                  | \$150 de <a href="#">copago</a>  | \$150  | Ninguno  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                             | \$15 de <a href="#">copago</a> /visita   | \$15 por visita                                    | Ninguno  |
| Si necesita una estadía en el hospital   | Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)       | \$225 de <a href="#">copago</a> por día hasta 5 días   | Sin cobertura                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                                      | Sin cargo  | Sin cobertura                                      | Ninguno  |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias   | Servicios ambulatorios   | \$15 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio<br>\$15 de <a href="#">copago</a> por otros servicios ambulatorios | Sin cobertura                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para pruebas psicológicas.*  |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados                          | \$225 de <a href="#">copago</a> por día hasta 5 días<br>Sin cargo por honorarios médicos                                 | Sin cobertura                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*   |
| Si está embarazada   | Visitas al consultorio   | Sin cargo  | Sin cobertura                                      | Para atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción  |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto            | Sin cargo  | Sin cobertura                                      | Ninguno  |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](http://lacare.org).

| Evento médico común  | Servicios que puede necesitar                                 | Lo que usted pagará                                   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|---|--|--|
|  |   | Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |  |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto         | \$225 de <a href="#">copago</a> por día hasta 5 días  | Sin cobertura                                      | Ninguno  |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Servicios de salud en el hogar</a>                | \$20 de <a href="#">copago</a> /visita                | Sin cobertura                                      | Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .* |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                   | \$15 de <a href="#">copago</a> /visita                | Sin cobertura                                      | Servicios ambulatorios<br><a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*   |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                     | \$15 de <a href="#">copago</a> /visita                | Sin cobertura                                      | Servicios ambulatorios<br><a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>          | \$125 de <a href="#">copago</a> por día, hasta 5 días | Sin cobertura                                      | Máximo de 100 días por año calendario por miembro.<br><a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                        | 10 % de <a href="#">coseguro</a>                      | Sin cobertura                                      | <a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*   |
|  | <a href="#">Servicios en un centro de cuidados paliativos</a> | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | <a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*   |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                               | Examen de la vista para niños                                 | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | 1 visita por año calendario  |
|  | Anteojos para niños   | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | 1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos)  |
|  | Chequeo dental para niños                                     | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | Examen bucal y limpieza preventiva limitados a uno cada 6 meses.<br>Consulte la documentación de su <a href="#">plan</a> para obtener información adicional sobre los servicios. |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](#).

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención de un quiropráctico
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermera privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) ).

- acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de vista médico
- Servicios relacionados con el aborto

## Su derecho a continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*) al **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** o en [hmohelp.ca.gov](http://hmohelp.ca.gov); el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos al **1-877-267-2323 extensión 61565** o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov); Covered California al **1 (800) 300-1506** o en [coveredca.com](http://coveredca.com); o comuníquese con L.A. Care Health Plan al **1-855-270-2327**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) contra su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente de L.A. Care al **1-855-270-2327**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Además, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*, DMHC) de California al **1-888-466-2219** o visite [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov).

## ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través de Covered California u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program*, CHIP), TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

## ¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted podría ser elegible para un [crédito fiscal para la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través de Covered California.

## Servicios de idioma:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al **1- 855-270-2327**.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1- 855-270-2327**

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1- 855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1- 855-270-2327**

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*, PRA):** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, las personas no tienen la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB). El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información solicitada. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de las estimaciones 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.

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](http://lacare.org).

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica real que reciba, los precios de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] \$225 por día, hasta 5 días
- Otro [[costo compartido](#)] \$30

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

**Costo total hipotético \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0          |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$60         |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$660</b> |

**Manejo de la diabetes tipo 2 de**

**Joe** (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] \$225 por día, hasta 5 días
- Otro [[costo compartido](#)] \$30

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

**Costo total hipotético \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$80         |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$20         |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$700</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30



- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$225 por día, hasta 5 días
- Otro [costo compartido] \$30

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)

- Prueba de diagnóstico (radiografías)
- Equipo médico duradero (muletas)
- Servicios de rehabilitación (terapia física)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>        | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <u>Costos compartidos</u>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$0            |

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>      | <b>\$2,800</b> |
| <u>Copagos</u>                     | \$700          |
| <u>Coseguro</u>                    | \$20           |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$720</b>   |

El plan sería responsable de los demás costos por los servicios cubiertos en este EJEMPLO.