




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. 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 o llamar al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327).

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 por individuo/\$0 por familia. Por año calendario. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Las visitas al consultorio familiares, del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible ; sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance el deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | No es necesario que alcance los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$3,000 por individuo/\$6,000 por familia. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia. |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas , la facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ? | Sí. Visite lacare.org o llame al 1-855-270-2327 (TTY 711) para una lista de proveedores dentro de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor participante que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor no participante y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor participante |

| | | |
|---|-----|---|
| | | puede usar un proveedor no participante para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista ? | Sí. | Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con una referencia antes de acudir al especialista . |

 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 de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$15 de copago por visita | Sin cobertura | Ninguno |
| | Consulta con un especialista | \$25 de copago / visita | Sin cobertura | Se requiere una referencia .* |
| | Atención preventiva/pruebas de detección/inmunización | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará* |
| Si se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | \$20 de copago por prueba para pruebas de laboratorio. \$40 de copago por prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías. | Sin cobertura | Ninguno |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | \$100 de copago / prueba | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición | Nivel 1 (en su mayoría genéricos) | Minorista: \$5 de copago /receta Pedido por correo: \$10 de copago / receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. 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) | |
| Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services | Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos) | Minorista: \$25 de copago / receta Pedido por correo: \$50 de copago / receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. |
| | Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos) | Minorista: \$45 de copago / receta Pedido por correo: \$90 de copago por receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. |
| | Nivel 4 (medicamentos de especialidad) | 15 % de coseguro , hasta \$150 de copago por receta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . No disponible a través de pedido por correo. |
| Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa | Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| | Tarifas del médico o cirujano Visita ambulatoria | 20 % de coseguro 20 % de coseguro | Sin cobertura Sin cobertura | Ninguno Ninguno |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en salas de emergencia | \$150 de copago por visita Sin cargo por tarifas médicas | \$150 por visita Sin cargo por tarifas médicas | El copago no se aplica si es admitido. |
| | Transporte médico de emergencia | \$75 de copago | \$75 | Ninguno |
| | Atención de urgencia | \$15 de copago /visita | \$15 por visita | Ninguno |
| Si necesita una estadía en el hospital | Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital) | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | \$15 de copago /visita al consultorio 20 % de coseguro , hasta \$15 de copago por otros servicios ambulatorios | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para pruebas psicológicas.* |

*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) | |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | Para atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción Ninguno |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20 % de coseguro | Sin cobertura | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20 % de coseguro | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Servicios de salud en el hogar | \$15 de copago /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 autorización previa .* |
| | Servicios de rehabilitación | \$15 de copago por visita | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| | Servicios de habilitación | \$15 de copago por visita | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| | Atención de enfermería especializada | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere autorización previa . |
| | Equipo médico duradero | 15 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| | Servicios en un centro de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere autorización previa .* |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | 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. Consulte la documentación de su plan para obtener información adicional sobre los servicios. |

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención de un quiropráctico• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad• Atención médica a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• 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](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• acupuntura• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de vista médico | <ul style="list-style-type: none">• 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; 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; Covered California al **1 (800) 300-1506** o en 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 o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle 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 visitar 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](#).

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

¿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 ayudarle a pagar un [plan](#) a través de Covered California.

Servicios de idioma:

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): Dinek'ehgo 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.

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](#)] \$25
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 20 %

- Otro [[costo compartido](#)] \$40

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

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

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 | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$2,200 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,660 |

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 \[costo compartido\]](#) \$25
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 20 %

- Otro [\[costo compartido\]](#) \$40

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 | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$100 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$820 |

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 \[costo compartido\]](#) \$25
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 20 %
- Otro [\[costo compartido\]](#) \$40

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)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$2,800 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$50 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$550 |

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