



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en lacare.org/members/member-materials/la-care-covered o llamando al 1-855-270-2327.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$2,200 por miembro/ \$4,400 por familia. Las visitas al consultorio del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al deducible.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo comienza a contar el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$250 por miembro/ \$500 por familia. Hay un deducible de farmacia por año calendario por persona. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. Para los proveedores participantes: \$5,700 por persona/ \$11,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores contratados, consulte lacare.org o llame al 1-855-270-2327.	Si usa un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital dentro de la red use un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores pertenecientes a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de proveedores .

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciiio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito una referencia para ver un especialista?	Sí. Su médico de atención primaria (primary care physician, PCP) tiene que referirle.	Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para consultar a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con el permiso del plan antes de realizar dicha consulta.
¿Hay algún(os) servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos .



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$30	Sin cobertura	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$30	Sin cobertura	
	Consulta con un especialista	\$55	Sin cobertura	

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en ccio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$35 por análisis de laboratorio. \$65 por radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes.	Sin cobertura	
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$300	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite lacare.org	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: \$15 Pedidos por correo: \$30	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: \$50 Pedidos por correo: \$100	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Sujeto al deducible de farmacia.
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: \$75 Pedidos por correo: \$150	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible de farmacia.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especiales	20%, hasta \$250 por receta	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible de farmacia. No disponible a través de pedido por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	20%	Sin cobertura	
	Consulta para pacientes ambulatorios	20%	Sin cobertura	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$350	\$350	El copago no se aplica si es admitido.
	Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	
	Traslado médico de emergencia	\$250	\$250	Sujeto al deducible.
	Cuidado urgente	\$30	\$30	
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible.
	Tarifa del médico/cirujano	20%	Sin cobertura	Sujeto al deducible.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30	Sin cobertura	Se necesita autorización previa para pruebas psicológicas.
	Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta	\$0	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen tratamiento de cuidado para los trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista, terapia electroconvulsiva, programas de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, observación psiquiátrica, hospitalización parcial para pacientes ambulatorios y estimulación magnética transcraneal.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible.
	Tarifa del médico de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$30	Sin cobertura	Se necesita autorización previa para el tratamiento médico de la abstinencia por el abuso de sustancias.
	Otros artículos y servicios para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	\$0	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen programas de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial para pacientes ambulatorios y tratamiento diurno para abuso de sustancias.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Tarifa de instalaciones para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (habitación)	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible.
	Tarifa del médico de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Sujeto al deducible.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y antes de la concepción	Sin cargo	Sin cobertura	
	Parto y todos los servicios de internación	20% de los cargos del hospital 20% de los cargos del profesional	Sin cobertura	Sujeto al deducible.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$40	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 necesita autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$30	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializado	20%	Sin cobertura	Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Sujeto al deducible. Se necesita autorización previa.
	Equipo médico duradero	20%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	El deducible no se aplica.
	Anteojos	Sin cargo	Sin cobertura	1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Consulta dental: servicios preventivos y diagnósticos (incluye examen bucal, limpiezas y radiografías preventivas, selladores por pieza dental, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio fijos)	Sin cargo	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

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

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Acupuntura
- Servicios relacionados con el aborto
- Cirugía bariátrica
- Atención de rutina de los pies

Su derecho para continuar con la cobertura:

Es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar esta cobertura de seguro de salud siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, como si:

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visite lacare.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en cciio.cms.gov llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

- Comete fraude.
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar la cobertura, comuníquese con nosotros llamando al **1-855-270-2327**. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado llamando al 1-888-466-2219.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese al **1-888-466-2219**.

Servicios de idioma:

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at **1-855-270-2327**. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al **1-855-270-2327**. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219.

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-800-XXX-XXXX. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa 1-888-466-2219.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-888-466-2219.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-888-466-2219.]

————— *Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulta la página siguiente.* —————

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visite **lacare.org**

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **cciio.cms.gov** llame al 1-800-750-4776 y pida una copia

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos de los que usted reciba los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Tener un bebé (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$3,640
- Usted paga: \$3,900

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$2,200
Copagos	\$600
Coseguro	\$900
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$3,900

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,420
- Usted paga: \$1,980

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$300
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$200
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,980

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo se suman los **deducibles, copagos, y coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No**. Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **opagos, deducibles y coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos de bolsillo.

Discrimination is Against the Law

L.A. Care Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. L.A. Care Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

L.A. Care Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at 1-855-270-2327 (TTY 711).

If you believe that L.A. Care Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance/complaint with the Civil Rights Coordinator of L.A. Care Health Plan. You have two options in which you may file a grievance/complaint:

You may call in a grievance/complaint at:

Member Services Department – 1-855-270-2327 (TTY 711)

Or you may send in a written grievance/complaint to:

Civil Rights Coordinator
c/o Compliance Department
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Email: civilrightscordinator@lacare.org

You can file a grievance/complaint in person, by mail, by telephone, or by email. If you need help filing a grievance/complaint, the Civil Rights Coordinator via the Member Services Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Getting Help in Other Languages

English

To request free interpreting services, information in your language or in another format, call L.A. Care at **1-855-270-2327** or TTY **711**.

Spanish

Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al **1-855-270-2327** o al **711** para TTY.