



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, [www.UChhealthplans.com](http://www.UChhealthplans.com). 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/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (866) 406-1182 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$1,500/por una persona o \$3,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$2,550/por una persona o \$5,100/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> familiar total antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados servicios preventivos sin <a href="#">distribución de costos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	\$4,000/por una persona o \$6,400/por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . \$8,000/por una persona o \$16,000/por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> 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 <a href="#">plan</a> , se debe alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, cargos por facturación de saldos, gastos pagados por servicios de infertilidad y atención médica que este plan no cubre.	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un	Sí, Prudent Buyer PPO. Consulte	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenece a la <a href="#">red del plan</a> . Pagará el monto más alto si usa un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> , y

<a href="#">proveedor dentro de la red médica?</a>	www.UChhealthplans.com o llame al (866) 406-1182 para obtener un listado de <a href="#">proveedores de la red</a> .	podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor</a> fuera de la <a href="#">red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted desee sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .

 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 de Anthem Prudent Buyer (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	El costo puede variar según el centro de servicios.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	La cobertura para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> tiene un límite de \$210 como máximo/visita.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	20% de coseguro, después del deducible (farmacias de venta minorista y pedido por correo participantes)	40% de coseguro, después del deducible - 30 días de suministro	Las farmacias de venta minorista y pedido por correo participantes cubren hasta 90 días de suministro. Las farmacias especializadas selectas cubren hasta 30 días de suministro. Es posible que se apliquen determinadas limitaciones, lo que incluye, por ejemplo: autorización previa y límites de cantidad. *Consulte la
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos/de marca	20% de coseguro, después del deducible (farmacias de venta minorista y pedido por correo participantes)	40% de coseguro, después del deducible - 30 días de suministro	

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.navitus.com">www.navitus.com</a>	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/de marca	20% de coseguro, después del deducible (farmacias de venta minorista y pedido por correo participantes)	40% de coseguro, después del deducible - 30 días de suministro	sección sobre medicamentos recetados del plan o de la póliza.
	Nivel 4: Normalmente <a href="#">medicamentos especializados</a> (de marca y genéricos)	20% de coseguro después del deducible (farmacias especializadas selectas)	N/A	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Cobertura para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> de \$210 como máximo/visita.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Cobertura para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> de \$360 como máximo/día. Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio 20% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 40% de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio -----ninguna----- Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna-----

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Anthem Prudent Buyer (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250. 20% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> de Anthem Prudent Buyer. 40% de <a href="#">coseguro</a> para la tarifa del médico para pacientes internados para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Cobertura para proveedores fuera de la red de \$360 como máximo/día. Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
	Servicios de parto profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Límite de 100 días/periodo de beneficios
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 100 días/periodo de beneficios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la vista.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales.

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

## 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](#).)

- Acupuntura: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con servicios de atención quiropráctica.
- Audífonos: \$2,000 como máximo/36 meses.
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de la infertilidad- Fertilización in vitro (IVF), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) o transferencia intratubárica de gametos (GIFT)  
(Se limitan a 2 ciclos de por vida. El coseguro para estos servicios no se aplica al límite de gastos de bolsillo por año calendario)
- La cobertura de casos de emergencia/urgencia proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Atención quiropráctica: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con acupuntura.

**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](http://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](http://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](#), P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

## ¿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.

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

**¿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.*—————

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

## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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	\$12,700
------------------------	----------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,520
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,080</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$959
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$240
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,254</b>

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$385
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,885</b>

NOTA: Este Resumen de beneficios y cobertura intenta mostrarle cómo usted y el plan comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Cualquier resumen de beneficios o principal de distribución de costos representa solo una breve descripción de sus beneficios. Lea el folleto detenidamente para conocer las disposiciones, los beneficios y las exclusiones. Si existe algún conflicto percibido entre este resumen y los términos del Plan, prevalecerán los términos del Plan.

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

Por autoridad de los Regentes, la Oficina de Recursos Humanos de University of California, ubicada en Oakland, administra todos los planes de beneficios de acuerdo con los documentos y las regulaciones del plan, los acuerdos de custodia, las regulaciones de seguro grupal para el personal y el cuerpo docente de University of California, los contratos de seguro grupal y las leyes estatales y federales aplicables. Ninguna persona está autorizada a proporcionar información sobre beneficios que no esté incluida en estos documentos fuente, y no se puede confiar en que la información no incluida en estos documentos fuente haya sido autorizada por los Regentes. Los documentos fuente están disponibles para su inspección a pedido (800-888-8267). Lo que se escribe aquí no constituye una garantía de cobertura o de beneficios del plan. Se deben cumplir reglas y requisitos de elegibilidad específicos antes de que se puedan recibir beneficios. University of California tiene la intención de continuar indefinidamente con los beneficios que se describen aquí. Sin embargo, los beneficios de todos los empleados, jubilados y beneficiarios del plan están sujetos a cambios o finalización al momento de la renovación del contrato o en cualquier otro momento por la Universidad u otras autoridades gubernamentales. La Universidad también se reserva el derecho de determinar nuevas primas, contribuciones del empleador y costos mensuales en cualquier momento. Los beneficios de salud y bienestar no son derechos de beneficios acumulados o adquiridos. La contribución de UC al costo mensual de la cobertura la determina UC y puede cambiar o interrumpirse completamente, y puede verse afectada por la asignación presupuestaria anual del estado de California. Si usted pertenece a una unidad de negociación exclusivamente representada, algunos de sus beneficios pueden ser diferentes de los que se describen aquí. Para obtener más información, los empleados deben comunicarse con la Oficina de Recursos Humanos y los jubilados deben llamar al Centro de Servicios de Administración de la Jubilación de UC (800-888-8267).

De conformidad con la ley aplicable y la política de la Universidad, la Universidad es un empleador de acción afirmativa/igualdad de oportunidades. Envíe sus consultas sobre las políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades de la Universidad para el personal a Systemwide AA/EEO Policy Coordinator, University of California, Office of the President, 1111 Franklin Street, 5th Floor, CA 94607, y para el cuerpo docente a Office of Academic Personnel and Programs, University of California Office of the President, 1111 Franklin Street, Oakland, CA 94607.

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