



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 deducible.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro.
¿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> ?	No corresponde.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para sus gastos.
¿Qué conceptos no están incluidos en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	No corresponde.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para sus gastos.
¿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 (TTY 711) 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> para ver a un <a href="#">especialista</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 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 de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere una <a href="#">referencia</a> .*
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si se realiza una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos 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 1 (en su mayoría genéricos)	Sin cargo	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*
	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	Sin cargo	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)	Sin cargo	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*
	Nivel 4 ( <a href="#">medicamentos de especialidad</a> )	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .* No disponible a través de pedido 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)	
<b>Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	Tarifas del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Visita ambulatoria	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en salas de emergencia</a>	Sin cargo Tarifas médicas: sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
<b>Si necesita una estadía en el hospital</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	No se aplica ningún cargo por la visita al consultorio. Los demás servicios para pacientes ambulatorios no tienen costo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para pruebas psicológicas.*
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
<b>Si está embarazada</b>	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
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o</b>	<a href="#">Servicios de salud en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia

\*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)	
tiene otras necesidades médicas especiales				de servicios de salud en el hogar. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Servicios ambulatorios Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Servicios ambulatorios Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	<a href="#">Servicios en un centro de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
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 <a href="#">plan</a> para obtener información adicional sobre los servicios.

#### 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](#)).

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

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 | • Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de | • Servicios relacionados con el aborto |
|--------------|---|--|



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**. Nuestro servicio está disponible 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](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 ayudarle 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): 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 \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] \$0
- Otros [[costo compartido](#)] \$0

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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Qué no está cubierto	

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$60</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 \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] \$0
- Otros [[costo compartido](#)] \$0

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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$20</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 \[costo compartido\]](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] \$0
- Otros [[costo compartido](#)] \$0

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>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
<i>Qué no está cubierto</i>	

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
Límites o exclusiones	\$0

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

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