




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?	<b>\$0 por individuo/\$0 por familia.</b> Por año calendario.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	<b>Sí.</b> Las visitas al consultorio familiares, del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al 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, 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</a> cubiertos 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?	<b>No</b>	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> ?	<b>\$6,100 por individuo/\$12,200 por familia.</b>	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 <a href="#">plan</a> 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> ?	<b>Sí.</b> Visite <a href="http://lacare.org">lacare.org</a> o llame al 1-855-270-2327 (TTY 711) para 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 <a href="#">copago</a> y <a href="#">coseguro</a> que se indican en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el <a href="#">deducible</a> , si aplica un <a href="#">deducible</a> .		

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	\$35 de <a href="#">copago</a> / visita	Sin cobertura	Ninguno
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$85 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)	\$50 de <a href="#">copago</a> / prueba por pruebas de laboratorio. \$95 de <a href="#">copago</a> /prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías.	Sin cobertura	Ninguno
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$325 de <a href="#">copago</a> / prueba	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*

\*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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Puede obtener más información sobre la <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">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)	Minorista: \$15 de <a href="#">copago</a> /receta Pedido por correo: \$30 de <a href="#">copago</a> / receta	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)	Minorista: \$55 de <a href="#">copago</a> / receta Pedido por correo: \$110 de <a href="#">copago</a> / receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para pedidos por correo
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Minorista: \$85 de <a href="#">copago</a> /receta Pedido por correo: \$170 de <a href="#">copago</a> /receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para pedidos por correo
	Nivel 4 ( <a href="#">medicamentos de especialidad</a> )	20 % de <a href="#">coseguro</a> , hasta \$250 de <a href="#">copago</a> por receta	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . No disponible a través de pedido por correo.
<b>Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*
	Tarifas del médico o cirujano	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
	Visita ambulatoria	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en salas de emergencia</a>	\$350 de <a href="#">copago</a> Sin cargo por tarifas médicas	\$350 de <a href="#">copago</a> Sin cargo por tarifas médicas	El <a href="#">copago</a> no se aplica si es admitido.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$250 de <a href="#">copago</a>	\$250	Ninguno
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> por visita	\$35/visita	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)	
<b>Si necesita una estadía en el hospital</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio 30 % de <a href="#">coseguro</a> hasta \$35 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	30 % de <a href="#">coseguro</a>	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 Ninguno
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Servicios de salud en el hogar</a>	\$40 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. <a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Servicios ambulatorios <a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Servicios ambulatorios <a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> .*

\*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="#">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. 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](#)).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de un quiropráctico</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Atención médica a largo plazo</li> <li>• Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul> |
|--|---|---|

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"> <li>• acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de vista médico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios relacionados con el aborto</li> </ul> |
|--|--|--|

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

## 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 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](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): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo 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

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

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](#)] \$85
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 30 %
- Otro [[costo compartido](#)] \$85

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>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$3,300

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,060</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](#)] \$85
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 30 %
- Otro [[costo compartido](#)] \$85

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



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:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$1,400
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,620</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 \[costo compartido\]](#) \$85
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 30 %
- Otro [\[costo compartido\]](#) \$85

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:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coseguro</a>	\$60
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,360</b>

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