




Este Resumen de Beneficios y Cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, 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. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al **1-844-854-7272** 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 www.healthcare.gov/sbc-glossary con o llamar al **1-844-854-7272** para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el deducible general? | \$0 | Consulte en la tabla de eventos médicos comunes a continuación sus costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | No. | Tendrá que alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio. |
| ¿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 ? | \$1,000 | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. |
| ¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas , la facturación de saldos y los servicios de la atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Para obtener una lista de los proveedores contratados, consulte lacare.org o llame al 1-844.854.7272. | 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 . |
| ¿Existen servicios que este plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 5. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos. |

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo | **Tipo de plan:** HMO

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|------------------------|
|  | <p>Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla se aplican después de que se haya alcanzado el deducible, si aplica un deducible.</p> <ul style="list-style-type: none"> El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en el monto permitido. Si un proveedor fuera de la red cobra más del monto permitido, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de estadía y el monto permitido es de \$1,000, tendrá pagar la diferencia de \$500. (Esto se conoce como facturación de saldos.) En algunos casos, un proveedor que no pertenece al plan puede ofrecer servicios cubiertos en una instalación dentro de la red donde se le ha autorizado recibir atención médica. Usted no es responsable por cualquier monto que excede su costo compartido por los servicios cubiertos que recibe en los lugares que pertenecen al plan o instalaciones dentro de la red que hemos autorizado para que reciba atención médica. A menos que el plan autorice lo contrario, debe usar proveedores dentro de la red. | |

| Evento médico común | Servicios que podría 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 | Copago de \$5/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | Copago de \$2/visita | Sin cobertura | Se exige la referencia del médico de atención primaria. El miembro pagará los servicios si no tiene una referencia.* |
| | Visita al consultorio de otro profesional | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Atención preventiva/pruebas de detección /Vacunas | Copago de \$5/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| Si se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | \$0 por prueba | Sin cobertura | Ninguna |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética) | \$0 por prueba | Sin cobertura | Ninguna |

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



Plan de salud de PASC-SEIU para trabajadores de cuidados en el hogar

Periodo de cobertura: 2020 - 2021

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que podría 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) | |
| | [RMN]) | | | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services | Medicamentos genéricos incluidos en el Formulario | \$5 por receta | Sin cobertura | Cubre hasta un suministro para 30 días. Suministro para 90 días de los medicamentos de mantenimiento. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .* |
| | Medicamentos de marca incluidos en el Formulario | \$5 por receta | Sin cobertura | Cubre hasta un suministro para 30 días. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .* |
| | Medicamentos no incluidos en el Formulario | \$5 por receta | Sin cobertura | Están cubiertos si se autorizan. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .* |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Copago de \$0 | Sin cobertura | Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .* |
| | Tarifas del médico o cirujano | Copago de \$0 | Sin cobertura | Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .* |
| Si necesita atención | Servicios de salas de | Copago de \$35 | Copago de \$35 | No se aplica si lo admiten en el hospital. |

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



Plan de salud de PASC-SEIU para trabajadores de cuidados en el hogar

Periodo de cobertura: 2020 - 2021

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que podría 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) | |
| médica inmediata | emergencias | | | |
| | Transporte médico de emergencia | Copago de \$0 | Copago de \$0 | La cobertura no incluye el transporte en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público. |
| | Atención médica de urgencia | Copago de \$5 | Copago de \$5 | Fuera de la red solo se cubre fuera del condado de Los Ángeles |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Copago de \$0 | Sin cobertura | |
| | Tarifas del médico o cirujano | Copago de \$0 | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Copago de \$5 | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para pruebas psicológicas |
| | Servicio ambulatorios proporcionados en un centro | Copago de \$0 | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para algunos servicios.* |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Copago de \$0 | Sin cobertura | Se requiere autorización previa.* |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Copago de \$5 | Sin cobertura | |
| | Servicios profesionales para el trabajo de parto y parto | Copago de \$0 | Sin cobertura | |
| | Servicios hospitalarios para el trabajo de parto y parto | Copago de \$0 | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades | Servicios de salud en el hogar | Copago de \$0 | Sin cobertura | Atención de enfermería especializada médicamente necesaria. No incluye cuidado de custodia.* |

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

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

| Evento médico común | Servicios que podría 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) | |
| especiales de salud | Servicios de rehabilitación | <u>Copago</u> de \$5 | Sin cobertura | Incluye terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria en forma ambulatoria.* |
| | Servicios de habilitación | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Atención de enfermería especializada | <u>Copago</u> de \$0 | Sin cobertura | El beneficio tiene un límite máximo de 100 días por año de beneficios.* |
| | Equipo médico duradero | <u>Copago</u> de \$0 | Sin cobertura | Equipos para el hogar médicamente necesarios.* |
| | Servicios en un centro de cuidados paliativos | <u>Copago</u> de \$0 | Sin cobertura | Exclusivamente para personas a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 12 meses o menos. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |

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](#)).

- Acupuntura
- Audífonos
- Enfermería privada
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la infertilidad (a menos que sea médicamente necesario)
- Atención médica de rutina de los dientes (a menos que sean médicamente necesaria)
- Cirugía estética
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica de rutina de la vista
- Servicios de habilitación
- Atención médica de rutina de los pies

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 esas agencias es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Es posible que haya otras opciones de cobertura

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



Plan de salud de PASC-SEIU para trabajadores de cuidados en el hogar

Periodo de cobertura: 2020 - 2021

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo | **Tipo de plan:** HMO

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.CuidadoDeSalud.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 los 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, esta notificación o si necesita ayuda, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. 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 con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas](#) del plan que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicios de idioma:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-844-854-7272**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-844-854-7272**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-844-854-7272**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-844-854-7272**.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente

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.

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

Página 6 de 7

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) 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](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el trabajo de parto y parto
 Servicios hospitalarios para el trabajo de parto y parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$50 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$110 |

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

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: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$290 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$815 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,105 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención médica de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

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: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$70 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$70 |

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