



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.osc.ct.gov/anthemctpartner. 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 el glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar a Anthem Blue Cross and Blue Shield al 1-800-922-2232 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$350 /por una persona; \$1,400 /por familia; sin cargo para miembros de HEP Fuera de la red: \$300 /por una persona; \$900 /por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Una vez que usted o un miembro de su familia alcanza el monto de <u>deducible</u> individual, el <u>plan</u> comienza a pagar por usted o ese miembro de la familia. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención primaria dentro de la red y las visitas al consultorio de un <u>especialista</u> , la <u>atención preventiva</u> dentro de la red, los <u>medicamentos recetados</u> , la <u>atención en la sala de emergencias</u> , la <u>atención urgente</u> dentro de la red, los servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios dentro de la red y los exámenes oculares dentro de la red están cubiertos antes de que usted alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin distribución de costos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Cuidado médico: Dentro de la red: \$2,000 /por una persona; \$4,000 /por familia; Fuera de la red: \$2,300 /por una persona; \$4,900 por familia <u>Medicamentos recetados</u> : \$4,600 /por una persona; \$9,200 /por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> 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 <u>plan</u> , estos deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> , multas por no obtener autorización previa para servicios y atención médica que no cubra este <u>plan</u> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u>?	Sí. Consulte www.osc.ct.gov/anthemctpartner o llame al 1-800-922-2232 para obtener un listado de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que pertenece a la <u>red del plan</u> . Pagará el monto más alto si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (saldo de facturación)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que usted desee sin necesidad de una <u>remisión</u> .



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
		<u>Proveedor dentro de la red preferido (Usted pagará lo mínimo)</u>	<u>Proveedor en la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)</u>	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor de salud</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	\$15 de <u>copago</u> /visita Se cancela si no hay un <u>proveedor preferido</u> dentro del estado. No se aplica <u>deducible</u> .	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .			
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .		Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)</u>	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas: el monto que resulte menor entre \$500 y el 20% del costo.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm	Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos preferidos: Venta minorista: \$5 de <u>copago/surtido</u> ; Medicamentos de mantenimiento y pedido por correo: \$5 de <u>copago/surtido</u> . Medicamentos genéricos no preferidos: Venta minorista: \$10 de <u>copago/surtido</u> ; Medicamentos de mantenimiento y pedido por correo: \$10 de <u>copago/surtido</u> .		20% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes	Venta minorista: suministro para 30 días; Pedido por correo: suministro para 90 días. El <u>deducible</u> no se aplica a <u>medicamentos preventivos</u> . Consulte los detalles de su cobertura de medicamentos recetados en: www.osc.ct.gov/benefits/pharmacy.htm . Los medicamentos de mantenimiento deben surtirse mediante pedido por correo o en una farmacia de la <u>red</u> de mantenimiento después del primer surtido minorista. Se puede aplicar una multa si se solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Sin cargo para medicamentos de <u>atención preventiva</u> o anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (o anticonceptivos de marca si el genérico no es medicamento adecuado).
	Medicamentos de marca preferidos	Venta minorista: \$25 de <u>copago/surtido</u> ; Medicamentos de mantenimiento y pedido por correo: \$25 de <u>copago/surtido</u> .		20% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes	
	Medicamentos de marca no preferidos	Venta minorista: \$40 de <u>copago/surtido</u> ; Medicamentos de mantenimiento y pedido por correo: \$40 de <u>copago/surtido</u> .		20% de <u>coseguro</u> para farmacias no participantes	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo para <u>medicamentos especializados</u> si está inscrito en el programa PrudentRx. Igual que los medicamentos de marca no preferidos si no está inscrito en el programa PrudentRx.		Sin cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo			
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250 de <u>copago/visita</u> No se aplica <u>deducible</u> .		\$250 de <u>copago/visita</u> No se aplica <u>deducible</u> .	El <u>copago</u> se cancela si el paciente es admitido o si no hay una alternativa médica razonable.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo		Sin cargo	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor. Sin cobertura por encima del costo de una habitación semiprivada a menos que sea <u>médicamente necesario</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$15 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios internos	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 de <u>copago</u> /solo la primera visita. No se aplica <u>deducible</u> .		20% de <u>coseguro</u>	La <u>distribución de costos</u> no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . 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	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para estadías que superen las 48 horas (96 horas en caso de cesárea) para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales				
	<u>Cuidado de la salud</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Límite: 200 visitas/año calendario

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red preferido</u> (Usted pagará lo mínimo)	<u>Proveedor en la red</u>	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>en el hogar</u>				
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor. Límite de terapia del habla dentro de la red: 30 visitas/año calendario El límite no se aplica al tratamiento que resulte de autismo, accidente cerebrovascular, extirpación tumoral, lesión o anomalías congénitas de orofaringe. Límite de terapia física, ocupacional, quiropráctica, del habla y del autismo fuera de la red: 30 visitas/afección/año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Límite fuera de la red: 60 visitas/año/persona Se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para artículos que superen los \$500 para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo		20% de <u>coseguro</u>	Servicios para pacientes internados: se requiere autorización previa para evitar multas de \$500 o el 20% de los servicios cubiertos, lo que sea menor. Límite de servicios para pacientes internados fuera de la red: 60 días/persona/año calendario.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red preferido (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
					Límite de servicios en el hogar fuera de la red: 200 visitas/año calendario
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	\$15 de <u>copago</u> /visita No se aplica <u>deducible</u> .		50% de <u>coseguro</u>	Límite: 1 visita/año calendario realizada como parte de un examen.
	Anteojos para niños	Sin cobertura		Sin cobertura	Usted debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura		Sin cobertura	Usted debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (Consulte el documento de su <u>plan</u> o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)			
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Cirugía cosmética • Atención dental (adultos y niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los Estados Unidos (<u>atención urgente</u> cubierta) • Programas de pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies (excepto cuando sea <u>médicamente necesario</u> para el tratamiento de la diabetes) • Programas para perder peso (salvo que la ley lo exija) 	

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)			
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (límite: 20 visitas por año calendario) • Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa) • Atención quiropráctica (límite: 30 visitas por año calendario para servicios <u>fuera de la red</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (límite: 1 juego por periodo de 36 meses; se requiere autorización previa) • Tratamiento para la infertilidad (se requiere autorización previa) • Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los Estados Unidos (solo <u>atención urgente</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada (se requiere autorización previa) • Atención de rutina de la vista (adultos, límite: 1 examen por año calendario) 	

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: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros, 1-877-267-2323, interno 61565, www.cciio.cms.gov. 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 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:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
108 Leigus Road
Wallingford, CT 06492
1-800-922-2232

CVS/Caremark
Prescription Claim Appeals MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Fax: 1-866-443-1172

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la Oficina del Defensor de la Atención Médica de Connecticut al 1-866-466-4446

¿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.

¿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.* —————

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 <u>deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro <u>coseguro</u>	\$0

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:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$25
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$435

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro <u>coseguro</u>	\$0

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:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$120
<u>Copagos</u>	\$190
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$310

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$350
■ <u>Copago del especialista</u>	\$15
■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)	\$0
■ Otro <u>coseguro</u>	\$0

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:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$350
<u>Copagos</u>	\$320
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$670

NOTA: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite <http://osc.ct.gov/benefits.htm>

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.