



El documento de resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica el modo en que usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Si desea obtener más información sobre su cobertura, o una copia de los términos de cobertura completos, visítenos en www.valleyhealthplan.org o llame al 1-888-421-8444. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llamar al 1-888-421-8444.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para saber cuáles son los costos por los servicios cubiertos por este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> no tiene <u>deducibles</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios cubiertos por este <u>plan</u> . Incluye requisitos de atención preventiva de la ACA http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No hay ningún otro <u>deducible</u> para servicios específicos. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios cubiertos por este <u>plan</u> .
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> , \$4,500 por persona o \$9,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros integrantes de la familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. Los montos de copagos y <u>coseguro</u> que usted pague por servicios cubiertos aplican para el máximo anual de gastos de bolsillo.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Los <u>copagos</u> de ciertos servicios, las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación del saldo</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte la <u>Búsqueda de proveedores</u> de Valley Health Plan o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista 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 se encuentra dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar 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 una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u>?	Sí.	Se necesita una remisión por escrito para consultar a un <u>especialista</u> a fin de obtener servicios cubiertos, con la excepción de las remisiones realizadas por el propio miembro a obstetras y ginecólogos del <u>plan</u> .
---	-----	--

(Número de control de DT-OMB: 1545-0047/Fecha de vencimiento: 12/31/2019) (Número de control de DOL-OMB: 1210-0147/Fecha de vencimiento: 5/31/2022)

(Número de control de HHS-OMB: 0938-1146/Fecha de vencimiento: 10/31/2022)



- All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.
- Member cost-share for oral anti-cancer drugs shall not exceed \$250 per month per state law.
- Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos. Su costo compartido por servicios de telesalud no podrá exceder el cargo de costo compartido para el mismo servicio entregado en persona. Este servicio se encuentra sujeto al mismo **deducible** y máximo en dólares de por vida.
- No hay **facturación de saldo** para los miembros si los servicios son prestados por **proveedores** dentro de la red.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el monto máximo)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 por visita	Sin cobertura	Ninguno
	<u>Visita a un especialista</u>	\$30 por visita	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si se realiza una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorio: \$15 por visita Radiografías: \$30 por visita	Sin cobertura	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	\$75 por visita	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información	Fármacos genéricos (Nivel 1)	\$5 de <u>copago</u> por receta	Sin cobertura	Las recetas surtidas en una farmacia <u>fuera de la red</u> están cubiertas si se relacionan con una emergencia médica o una atención de urgencia. Si su receta no está incluida en el formulario, se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15 de <u>copago</u> por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$25 de <u>copago</u> por receta	Sin cobertura	

[* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.valleyhealthplan.org.]

disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en la Cobertura de medicamentos recetados de Valley Health Plan	<u>Medicamentos de especialidad (Nivel 4)</u>	10% hasta \$250 por receta	Sin cobertura	tiene autorización previa. <u>Servicio en farmacia minorista/por correo:</u> 1 copago = un suministro de hasta 30 días para los Niveles 1 a 4.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	\$100 por visita	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	\$25 por visita	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias (se anula en caso de hospitalización)</u>	Centro de atención: \$150 por visita Médico: sin cargo	Centro de atención: \$150 por visita Médico: sin cargo	Ninguno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$150 de transporte	\$150 de transporte	Ninguno
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 por visita	\$15 por visita	Se cubre la <u>atención de urgencia</u> brindada por <u>proveedores no participantes</u> cuando se encuentra fuera del área de servicio. Se requiere la autorización previa por escrito para recibir <u>atención de urgencia de proveedores no participantes</u> cuando se encuentra dentro del área de servicio. Se pueden generar cargos cuando no se cuenta con la autorización previa para recibir servicios de <u>atención de urgencia de proveedores no participantes</u> dentro del área de servicio.
En caso de hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	\$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	

Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 por visita	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
		Otros artículos \$15/ visita		
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro de atención: \$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
		Médico: sin cargo		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Servicios de parto/obstetricia	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	Servicios de parto/maternidad	\$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	\$20 por visita	Sin cobertura	100 visitas por año. Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 por visita	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 por visita	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$150 por día hasta 5 días	Sin cobertura	100 visitas por año calendario. Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	<u>Coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Se requiere una autorización previa por escrito. Pueden generarse cargos si no tiene autorización previa.
	<u>Servicios para pacientes terminales</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen ocular infantil	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura está limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura está limitada a un par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).
	Chequeo dental infantil	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, generalmente, NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de todos los servicios excluidos).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad• Atención a largo plazo• Atención sin carácter de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. | <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento nutricional• Enfermería privada• Examen de la vista de rutina (adultos)• Programas para bajar de peso |
|---|---|--|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Acupuntura | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Atención de rutina para los pies con límites | <ul style="list-style-type: none">• Telehealth |
|---|---|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay organismos que pueden ser de ayuda si desea continuar con su cobertura después de su finalización. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés), Departamento de Trabajo (DOL, en inglés) de California, o bien, puede comunicarse con su departamento estatal de seguros al 1-800-927-HELP (4357). Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, entre las que se incluyen la adquisición de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Si desea obtener más información sobre el Mercado de seguros médicos, visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a quejas y apelaciones: Hay organismos que pueden ser de ayuda si tiene una alegación contra su plan por la negación de un reclamo. Esta alegación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja de su plan, por cualquier motivo. Si desea obtener más información sobre sus derechos, sobre esta notificación, o si necesita asistencia, llame a: la línea de ayuda al consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, en inglés) al 1-888-466-2219.

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, no podrá ser elegible para el crédito tributario de la prima.

¿Cumple este plan con las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito tributario para el pago de primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado de seguros médicos.

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-421-8444.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-421-8444.

Vietnamita (Tiếng Việt): Để có được sự hỗ trợ tiếng Việt, gọi 1-888-421-8444.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos usando una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————

Declaración sobre divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control del OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1146. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio 0.08 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. En caso de que tenga comentarios acerca de la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos 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 cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios de sus proveedores y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la porción de costos que podría pagar según diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura únicamente para el solicitante:

Peg está por tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)	Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)
---	---	---

- **Deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$65
- **Coseguro del hospital** \$250 por día (centro de atención)
- **Otro coseguro** 20%

- **The plan's overall deductible** \$0
- **Specialist copayment** \$65
- **Hospital (facility) coinsurance** \$250/day (centro de atención)
- **Other coinsurance** 20%

- **The plan's overall deductible** \$0
- **Specialist copayment** \$65
- **Hospital (facility) coinsurance** \$250/day (centro de atención)
- **Other coinsurance** 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*), Servicios de parto/obstetricia, Servicios de parto/maternidad, Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*), Visita al especialista (*anestesia*)

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*), Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*), Medicamentos recetados, Equipos médicos duraderos (*medidor de glucosa*)

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*), Prueba de diagnóstico (*radiografía*), Equipos médicos duraderos (*muletas*), Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total a modo de ejemplo	\$12,690
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$660

Costo total a modo de ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$80
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$700

Costo total a modo de ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$20
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$720

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, podrá reducir sus costos. Para obtener más información acerca del programa de bienestar, comuníquese al: 1-888-421-8444.