

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger 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 (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visítenos en www.valleyhealthplan.org o llame al 1-888-421-8444. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llamar al 1-888-421-8444.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>deducible</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este <u>plan</u> . Vea una lista de servicios <u>preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Incluye los requisitos de atención preventiva de la Ley de Atención Accesible (Affordable Care Act, ACA) http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para los <u>proveedores</u> dentro de la red: \$8,200 por individuo/ \$16,400 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. Las cantidades de copagos y <u>coseguro</u> que paga por servicios cubiertos se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Los <u>copagos</u> para determinados servicios, las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red?	Sí. Consulte la <u>Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan</u> o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene una red de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor</u> dentro de la red podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí.	Se necesita una derivación por escrito para consultar a un <u>especialista</u> por los servicios cubiertos, con la excepción de la autoderivación a los servicios de un obstetra/ginecólogo del <u>plan</u> .



- Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.
- Los costos compartidos de los miembros para los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral no deben exceder los \$250 por mes según las leyes estatales.
- La telesalud es un beneficio cubierto. Sus costos compartidos para los servicios de telesalud no deben exceder los costos compartidos cobrados por los mismos servicios brindados en persona. Este servicio está sujeto al mismo [deducible](#) y máximo de dinero anual o de por vida.
- No hay [facturación de saldo](#) para los miembros si los servicios son brindados por [proveedores](#) dentro de la red.

Circunstancia médica 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 acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$65 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$40 por visita Radiografías: \$75 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$150 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.

Circunstancia médica 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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en la cobertura de medicamentos con receta médica de Valley Health Plan .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	Sin cobertura	Los medicamentos con receta médica surtidos en una farmacia <u>fuera de la red</u> están cubiertos si se relacionan con la atención para una emergencia médica o atención de urgencia. Si su medicamento con receta médica no está incluido en el <u>formulario</u> , se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa. <u>Servicio por venta minorista/por correo:</u> 1 copago = suministro de hasta 30 días para los niveles 1 a 4
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55 de <u>copago</u> por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$80 de <u>copago</u> por receta médica	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4)	20% hasta \$250 por receta médica	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$300 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	\$40 por visita	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias (no se aplica si es admitido en el hospital)</u>	Centro: \$350 por visita	Centro: \$350 por visita	Ninguna
		Médico: sin cargo	Médico: sin cargo	
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$250 por traslado	\$250 por traslado	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$35 por visita	\$35 por visita	La <u>atención de urgencia</u> brindada por <u>proveedores</u> no participantes cuando se encuentra fuera el área de servicio está cubierta. Se requiere autorización previa por escrito para <u>atención de urgencia</u> brindada por <u>proveedores</u> no participantes cuando se encuentra dentro del área de servicio. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa por servicios de <u>atención de urgencia</u> brindados por <u>proveedores</u> no participantes dentro del área de servicio.

Circunstancia médica 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 necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$600 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 por visita	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Otros: \$35 por visita		
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: \$600 por día hasta 5 días	Sin cobertura	
		Médico: sin cargo		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$600 por día hasta 5 días	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$30 por visita	Sin cobertura	100 visitas por año. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$35 por visita	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$35 por visita	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$300 por día hasta 5 días	Sin cobertura	100 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros 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 que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento nutricional• Servicios de enfermería privada• Atención de la vista de rutina (adultos)• Programas de pérdida de peso |
|---|--|---|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

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

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: California, HHS, DOL, o llame a su seguro del estado al 1-800-927-HELP (4357). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: línea directa para el consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) al 1-888-466-2219.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? 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.

Servicio de acceso a idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-421-8444.

Chino (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 los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1146. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados 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 cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades 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 con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
- Copago al especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) \$600 por día
- Otro coseguro 20%

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
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,690

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,260

Control 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
- Copago al especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) \$600 por día
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,620

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencia dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago al especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) \$600 por día
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$50
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,350

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, comuníquese al: 1-888-421-8444.