



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 deducible total ?	\$800 por individuo o \$1,600 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: atención primaria, especialistas, atención preventiva, análisis de laboratorio, atención de urgencia, servicios de salud conductual o por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Outpatient, OP), atención prenatal y previa a la concepción.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 y que define los servicios con o sin <u>deducible</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos servicios <u>preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</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 deducibles 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 límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para los <u>proveedores dentro de la red</u> : \$2,850 por individuo/ \$5,700 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 coseguro que paga por servicios cubiertos se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	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> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte la Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , 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 dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un 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> .

(Número de control del DT y de la OMB: 1545-0047/Fecha de vencimiento: 12/31/2019) (Número de control del DOL y de la OMB: 1210-0147/ Fecha de vencimiento: 5/31/2022) (Número de control del HHS y de la OMB: 0938-1146/Fecha de vencimiento: 10/31/2022)

- 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 tele salud es un beneficio cubierto. Sus costos compartidos para los servicios de tele salud 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	\$15 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$25 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$20 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
		Radiografías: \$40 por visita; no se aplica el deducible		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.

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

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 <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en la <u>cobertura de medicamentos con receta médica de Valley Health Plan</u> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$5 de <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	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)	\$25 de <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$45 de <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4)	15% hasta \$150 por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	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: \$150 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> Médico: sin cargo	Centro: \$150 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> Médico: sin cargo	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$75 por traslado. No se aplica el <u>deducible</u>	\$75 por traslado. No se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	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</u>

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

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)	
				<u>urgencia</u> brindados por <u>proveedores</u> no participantes dentro del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	15% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> Otros: \$0 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: 15% de <u>coseguro</u> Médicos: 15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	15% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	100 visitas por año. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	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>	\$15 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	15% de <u>coseguro</u>	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>	15% de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año.

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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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: Valley Health Plan llamando al 1-888-421-8444 o a la 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.

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 usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿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	\$800
■ Copago al especialista	\$25
■ Copago al hospital (establecimiento)	15%
■ Otro copago	15%

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	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$75
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,535

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	\$800
■ Copago al especialista	\$25
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	15%
■ Otro coseguro	15%

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	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$100
Copagos	\$700
Coseguro	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$920

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$800
■ Copago al especialista	\$25
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	15%
■ Otro coseguro	15%

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	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$40
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$540

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.

*Nota: Este plan tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la página uno.