



El documento Resumen de beneficios y cobertura (RBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El RBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.lucenthealth.com/capitol o llame al 1-800-331-5301. Para conocer las definiciones generales de 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 llamar al 1-800-331-5301 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	Proveedores de la red y proveedores fuera de la red \$1,000 individual/\$2,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar total antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	Sí, los medicamentos recetados \$150/individuo para todos los medicamentos de marca.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Proveedores de la red: \$4,000 individual/\$8,000 familiar Proveedores fuera de la red: \$10,000 individual/\$20,000 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo ?	Copagos para ciertos servicios, primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.anthem.com/ca o llame al 1-888-650-6566 para obtener una lista de proveedores participantes.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , 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 del saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin la autorización de este plan .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que aparecen en este cuadro son después de que se cumpla el [deducible](#), si corresponde uno.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera la red (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 una enfermedad	Copago de \$45, el deducible no se aplica	Coseguro del 50%	Telemedicina a través de HealthTap: sin cargo, no se aplica deducible .
	Visita al especialista	Copago de \$45, el deducible no se aplica	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/detección /vacunación	Sin cargo; el deducible no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos . Pregúntele al proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego, verifique lo que pagará su plan .
Si le hacen una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Copago de \$45, el deducible no se aplica	Coseguro del 50%	Sin cargo para las pruebas de laboratorio realizadas fuera del hospital
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada o por emisión de positrones, resonancia magnética)	Copago de \$45, el deducible no se aplica	Coseguro del 50%	Se requiere autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.costcohealthsolution.com o llame al 877-908-6024.	Medicamentos genéricos	Minorista: copago de \$10 por receta Pedido por correo: copago de \$20 por receta	25% del precio de compra más \$10 de copago por receta Pedido por correo: Sin cobertura	Minorista: suministro de hasta 90 días Pedido por correo: suministro de hasta 90 días
	Medicamentos de marca preferida	Minorista: copago de \$30 por receta Pedido por correo: copago de \$60 por receta	25% del precio de compra más \$30 de copago por receta Pedido por correo: Sin cobertura	Cuando se utiliza un cupón, el copago se incrementa hasta el importe del cupón, pero el afiliado solo tiene que pagar el importe menor entre el copago ordinario y el importe ofrecido en el cupón, y el resto del cupón se aplicaría al plan.
	Medicamentos de marca no preferida	Minorista: copago de \$50 por receta Pedido por correo: copago de \$100 por receta	25% del precio de compra más \$50 de copago por receta Pedido por correo: Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.lucenthealth.com/capitol.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera la red (pagará el máximo)	
	Medicamentos especializados	Minorista: Coseguro del 20% hasta un máximo de \$150 de copago por receta Pedido por correo: Coseguro del 20% hasta un máximo de \$300 por receta	Sin cobertura	Minorista: Suministro para 30 días Pedido por correo: Suministro para 90 días Los medicamentos de especialidad de más de \$1,500 para un suministro de 30 días requieren una Autorización adicional del plan; comuníquese con SCCC al 912-452-9232.
Si le realizan una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo: centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$250 por cirugía y coseguro del 20% Todos los demás servicios ambulatorios: copago de \$500 por cirugía y coseguro del 20%	Coseguro del 50%, hasta \$350 del monto permitido por día	Se requiere autorización previa .
	Honorarios de los médicos o cirujanos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$75 por visita y coseguro del 20%	Copago de \$75 por visita y coseguro del 20%	El deducible de la red se aplica a los beneficios fuera de la red .
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	El deducible de la red se aplica a los beneficios fuera de la red .
	Atención de urgencia	Copago de \$45, el deducible no se aplica	Coseguro del 50%	Ninguna
Si lo hospitalizan	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital)	Copago de \$1,000 por año del plan y coseguro del 20%	Coseguro del 50%, hasta \$600 del monto permitido por día	Se requiere autorización previa .
	Honorarios de los médicos o cirujanos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
Si necesita servicios relacionados con la salud mental, los trastornos conductuales o el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: copago de \$45, el deducible no se aplica Hospitalización parcial: copago de \$250; coseguro del 20% Todos los demás servicios: Coseguro del 20%	Hospitalización parcial: Coseguro del 50% hasta un máximo de \$350 al día Todos los demás: Coseguro del 50%	Se requiere autorización previa , excepto para las visitas al consultorio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$1,000 por visita y año del plan y coseguro del 20%	Coseguro del 50%, hasta \$600 del monto permitido por día	Se requiere autorización previa .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera la red (pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos . Según el tipo de servicios, se podrán aplicar copagos , coseguros y deducibles . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del RBC (es decir, ecografía). Se podrá requerir una autorización previa .
	Servicios profesionales de nacimiento o parto	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios del establecimiento de nacimiento o parto	Copago de \$1,000 por año del plan y coseguro del 20%	Coseguro del 50%, hasta \$600 del monto permitido por día	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Limitado a 100 visitas por año del plan
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$45; después del deducible	Consultorio: Coseguro del 50% Hospital para pacientes ambulatorios: Coseguro del 50%, hasta un máximo de \$350 del monto permitido	Terapia del habla limitada a 23 visitas por año del plan
	Servicios de habilitación	Copago de \$45; después del deducible	Consultorio: Coseguro del 50% Hospital para pacientes ambulatorios: Coseguro del 50% hasta un máximo de \$350 del monto permitido	Terapia del habla limitada a 23 visitas por año del plan
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%	SNF independiente: Coseguro del 20% SNF paciente hospitalizado: Coseguro del 50%, hasta \$600 del monto permitido por día	Se requiere autorización previa . Hasta 100 días por año del plan
	Equipo médico duradero	Coseguro del 50% Extractor de leche: Sin cargo; no se aplica el deducible Prótesis/ortesis: Coseguro del 20%	Coseguro del 50% Extractor de leche: Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios de atención paliativa	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Incluye asesoramiento para el duelo familiar.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera la red (pagará el máximo)	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen oftalmológico infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	Los exámenes de rutina están cubiertos según lo define la Ley de Protección del Paciente y Atención de Salud Asequible de 2010.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los exámenes de rutina están cubiertos según lo define la Ley de Protección del Paciente y Atención de Salud Asequible de 2010.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan en general NO cubre (revise su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Atención odontológica (adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Atención oftalmológica de rutina (adulto) • Atención de podología de rutina • Programas de pérdida de peso |
|---|--|--|

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

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (limitada a 12 visitas por año del plan) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses, hasta un máximo de \$2,000 de gastos cubiertos) |
|--|---|---|

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-877-236-0844. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que usted también tenga otras opciones de cobertura, incluida la compra de 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.

Sus derechos de queja y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan debido a la denegación de una [reclamación](#). Esto es lo que se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el plan en Mendicino County Schools (Staywell) c/o Lucent Health Solutions, LLC en 10951 White Rock Road Suite 100, Rancho Cordova, CA 95670 o llame al 1-800-331-5301. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. “Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-866-487-2365 o en

<http://www.dol.gov/ebsa/>.". Puede encontrar una lista de los estados con programas de asistencia en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers> y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

¿Brinda este plan cobertura esencial mínima? Sí.

La **Cobertura Esencial Mínima** generalmente incluye **planes**, **seguro médico** disponible a través del **Mercado** u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de **cobertura esencial mínima**, puede que no sea elegible para el **crédito fiscal para primas**.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su **plan** no cumple con los **estándares de valor mínimo**, puede ser elegible para un **crédito fiscal de prima** que lo ayudará a pagar un **plan** del **Mercado**.

Servicios de acceso lingüístico:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-800-331-5301.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-331-5301.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-331-5301.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-331-5301.

*En la siguiente sección, vea ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir los costos de una situación médica de muestra.*

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ Deducible total del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales de nacimiento o parto

Servicios del establecimiento de nacimiento o parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$600
Coseguro	\$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,660

Tratamiento de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible total del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,920

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible total del plan	\$1,000
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,700

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