

Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross

Su plan: Barona Resort & Casino: Anthem Modified Classic PPO 0/500/10/100%

Su red: Prudent Buyer PPO

Visitas con proveedores de atención virtual únicamente	Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos	\$10 copago por visita
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	\$10 copago por visita
Atención de especialistas	\$10 copago por visita

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Deducible general	\$0 persona	\$500 persona / \$1,500 familia
Límite general de gastos de bolsillo	\$800 persona / \$3,200 familia	\$7,500 persona / \$22,500 familia
El deducible por familia y el límite de gastos de bolsillo están integrados, lo que significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán al deducible por persona y al límite de gastos de bolsillo por persona; además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible por familia como al límite de gastos de bolsillo por familia. Ningún miembro pagará más del deducible por persona o el límite de gastos de bolsillo por persona. Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo. Los montos de límite de gastos de bolsillo dentro de la red y fuera de la red son independientes y no se acumulan entre sí.		
Visitas al médico (virtuales y en el consultorio) <i>Le recomendamos que seleccione un médico de atención primaria (PCP).</i>		
Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias <i>virtual y en el consultorio</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Proveedor especialista <i>virtual y en el consultorio</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Visitas a otros profesionales de la salud</u>		
Servicios de maternidad		

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Atención prenatal y posparto	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Parto	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Clínica médica en establecimientos minoristas <i>para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Terapia de manipulación <i>La cobertura se limita a 30 visitas por periodo de beneficio.</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Acupuntura <i>La cobertura se limita a 20 visitas por periodo de beneficio.</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Otros servicios en un consultorio</u>		
Pruebas de alergia	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Medicamentos recetados <i>Provistos en el consultorio</i> <i>Costo compartido máximo por miembro de \$250 por medicamento.</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Cirugía	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Atención preventiva para afecciones crónicas <i>según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</i>	Sin cargo	El costo compartido se determina en función del entorno en el que se reciben los servicios.
<u>Servicios de diagnóstico Laboratorio</u>		
Consultorio	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Centro laboratorio independiente	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Servicios de diagnóstico Radiografía</u>		
Consultorio	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Laboratorio independiente Centro de radiología	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Servicios de diagnóstico Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</u> <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i>		
Consultorio	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Laboratorio independiente Centro de radiología	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Atención urgente y de emergencia</u>		
Atención urgente <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i>	\$10 copago por visita	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Servicios de la sala de emergencias <i>Su copago se cancelará si usted es admitido.</i>	\$35 copago por visita	Cubierto dentro de la red
Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios	Sin cargo	Cubierto dentro de la red
Ambulancia	Sin cargo	Cubierto dentro de la red

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
<u>Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro</u> Tarifas del centro Servicios médicos	Sin cargo Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible 50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u> Tarifas del centro Hospital Centro quirúrgico ambulatorio Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano Hospital	Sin cargo Sin cargo Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible 50% de coseguro después de alcanzar el deducible 50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u> <i>El pago máximo de Anthem es de hasta \$1,000 por día para admisiones para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia para proveedores fuera de la red.</i> Tarifas del centro Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano	Sin cargo Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible 50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Atención médica a domicilio</u> <i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio.</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Servicios de terapia</u> Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades incluidas terapias física, ocupacional y del habla.		

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Consultorio	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Rehabilitación pulmonar <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Rehabilitación cardíaca <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Diálisis/Hemodiálisis <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Quimio/Radioterapia <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficio.</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Centro para pacientes internados terminales	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
<u>Dispositivos, equipos y servicios adicionales</u>		
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Dispositivos prostéticos	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible
Pelucas <i>La cobertura de para pelucas tiene un límite de 1 artículo después del tratamiento contra el cáncer por periodo de beneficio.</i>	Sin cargo	50% de coseguro después de alcanzar el deducible

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Deducible de farmacia	Sin cobertura	Sin cobertura
Límite de gastos de bolsillo de farmacia	Sin cobertura	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos recetados La red: Lista de medicamentos:		
Límites en cuanto a los días de suministro:		
Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura

Notas:

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria, especialista o atención de urgencia en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.
- Las pruebas y tratamientos del centro para pacientes ambulatorios están limitados a \$350 por admisión para proveedores fuera de la red. Incluye: servicios de diagnóstico; radiografías; cirugía; rehabilitación; habilitación; terapia cardíaca; cirugía en centros quirúrgicos ambulatorios.
- El diagnóstico por imágenes avanzado está limitado a \$800 por servicio para proveedores fuera de la red.
- La cobertura incluye los servicios estándar de conservación de la fertilidad como un servicio de atención de la salud básica que incluye, entre otros, inyecciones, criopreservación y almacenamiento para miembros masculinos y femeninos cuando un tratamiento necesario por motivos médicos puede causar infertilidad iatrogénica. La distribución de costos de los miembros para los servicios de conservación de la fertilidad se basa en el tipo de proveedor y el servicio prestado.

- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la California Department of Managed Health Care (DMHC).

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el La Evidencia de Cobertura (EOC), el Evidencia de Cobertura (EOC), prevalecerá.

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

Preguntas: (855) 333-5730 o visite www.anthem.com/ca

Se ha dejado en blanco
intencionalmente

Get help in your language

Language Assistance Services

Curious to know what all this says?

We would be too. Here's the English version:
IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos pedirle a alguien que le ayude a leerla. También es posible que pueda solicitar que le enviemos esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711).

Arabic

هام: هل تستطيع قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، يمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضاً من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية، يرجى الاتصال على الفور على الرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք առաջարկել որևէ մեկի օգնությունը՝ ձեզ համար այն կարդալու համար: Դուք կարող եք նաև այս նամակը ստանալ ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել՝ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Chinese

重要：您能看此信嗎？如果不能，我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需免費幫助，請立即致電 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Farsi

ما، توانیدمی اگر بخوانید؟ را نامه این توانید می آیا مهم. کند کمک شما به آن خواندن در بخواهیم شخصی از توانیممی زبان به و کتبی صورت به را نامه این بتوانید است ممکن همچنین با فوراً لطفاً، رایگان کمک دریافت برای. کنید دریافت خودتان تماس (TTY/TDD: 711) 1-888-254-2721. شماره بگیرید.

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में किसी की मदद ले सकते हैं। यह पत्र आप अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। निःशुल्क सहायता के लिए, कृपया तुरंत 1-888-254-2721 पर कॉल करें। (टीटीवाई/टीडीडी:711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas nyeem tau daim ntawv no? Yog tias tsis tau, peb muaj qee tus neeg pab nyeem nws rau koj. Koj los kuj yuav tau txais ib daim ntawv sau ua kom yam lus. Rau kev pab dawb, thov hu tam sim ntawm 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japanese

重要：この文書を読むことができますか？読むことができない場合、支援することが可能です。また、日本語で訳されたこの文書を書面で受け取ることができます。無料の支援をご希望の場合、1-888-254-2721 (TTY/TDD:711) にご連絡ください。

Khmner

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ យើងអាចមានអ្នកជួយអាន។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្រនេះសរសេរជាភាសា របស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទមកភ្លាមៗតាមរយៈលេខ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Korean

중요: 이 편지를 읽으실 수 있으신가요?
그렇지 않으신 경우, 이를 읽으실 수 있도록
도움을 제공해 드릴 수 있습니다. 귀하의
모국어로 된 편지를 우편으로 받아보실 수도
있습니다. 무상으로 제공되는 도움이
필요하신 경우, 1-888-254-2721번으로 바로
연락해 주십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ
ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ
ਇਸ ਚਿੱਠੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।
ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਇਸ 'ਤੇ ਕਾਲ
ਕਰੋ 1-888-254-2721। (TTY/TDD: 711)

Russian

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли
вы прочитать данное письмо? Если нет,
наш специалист поможет вам в этом.
Вы также можете получить данное
письмо на вашем языке. Для получения
бесплатной помощи звоните по номеру
1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

MAHALAGA: Mababasa mo ba ang
sulat na ito? Kung hindi, mayroon kaming
makakatulong sa iyo na basahin ito.
Maaari mo ring makuha ang sulat na ito
nang nakasulat sa iyong wika. Para sa
libreng tulong, mangyaring tumawag
kaagad sa 1-888-254-2721.
(TTY/TDD: 711)

Thai

สำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายนี้ได้หรือไม่
หากคุณอ่านจดหมายนี้ไม่ได้ เราสามารถขอให้
ใครสักคนช่วยคุณอ่านได้ คุณสามารถร้องขอ
จดหมายนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้เช่นกัน
หากต้องการความช่วยเหลือแบบไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดโทรหาเราได้ทันทีที่ 1-888-254-2721.
(TTY/TDD: 711)

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có đọc được lá thư
này không? Nếu không, chúng tôi có thể
nhờ ai đó giúp quý vị đọc. Quý vị cũng có
thể yêu cầu thư này viết bằng ngôn ngữ
của quý vị. Để được trợ giúp miễn phí,
hãy gọi ngay đến số 1-888-254-2721.
(TTY/TDD: 711)

Es importante que lo tratemos de manera justa

Respetamos las leyes federales y estatales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas, de manera oportuna, a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o si considera que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, puede enviar una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>