



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos,

www.UChhealthplans.com. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (866) 406-1182 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0/por una persona o \$0/por familia para proveedores de UC Select. \$500/por una persona o \$1,000/por familia para proveedores de Anthem Preferred. \$750/por una persona o \$1,750/por familia para proveedores fuera de la red .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva para proveedores de UC Select y Anthem Preferred, servicios de emergencia y servicios de ambulancia.	Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ?	\$6,100/por una persona o \$9,700/por familia para proveedores de UC Select. \$7,600/por una persona o \$14,200/por familia para proveedores de Anthem Preferred. \$9,600/por una persona o \$20,200/por familia para proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas, cargos por facturación de saldos, gastos pagados por	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .

	servicios de infertilidad y atención médica que este plan no cubre.	
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí, UC Select y Anthem Preferred. Consulte www.UChhealthplans.com o llame al (866) 406-1182 para obtener un listado de proveedores de la red .	Usted pagará lo mínimo si usa un proveedor de UC Select. Usted pagará más si usa un proveedor de la red de Anthem. Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo) . Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de UC Select (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor de Anthem Preferred (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al especialista	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cargo	50% de coseguro	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	El costo puede variar según el centro de servicios.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$175 como máximo/visita.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	\$5/receta (farmacias de venta minorista preferidas, farmacias de venta minorista participantes y farmacias de pedido por correo – 30 días); \$10/receta (farmacias de venta minorista preferidas y farmacias de pedido por correo – 90 días);		50% de coseguro	Las farmacias de venta minorista preferidas, las farmacias de venta minorista participantes y las farmacias de pedido por correo cubren hasta 90 días de suministro. Las farmacias

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.UChhealthplans.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de UC Select (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor de Anthem Preferred (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.navitus.com		\$15/receta (farmacias de venta minorista participantes – 90 días)			especializadas selectas cubren hasta 30 días de suministro. Es posible que se apliquen determinadas limitaciones, lo que incluye, por ejemplo: autorización previa y límites de cantidad. *Consulte la sección sobre medicamentos recetados del plan o de la póliza.
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos/de marca	\$25/receta (farmacias de venta minorista preferidas, farmacias de venta minorista participantes y farmacias de pedido por correo – 30 días); \$50/receta (farmacias de venta minorista preferidas, farmacias de venta minorista participantes y farmacias de pedido por correo – 90 días); \$75/receta (farmacias de venta minorista participantes – 90 días)		50% de coseguro	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/de marca	\$40/receta (farmacias de venta minorista preferidas, farmacias de venta minorista participantes y farmacias de pedido por correo – 30 días); \$80/receta (farmacias de venta minorista preferidas, farmacias de venta minorista participantes y farmacias de pedido por correo – 90 días); \$120/receta (farmacias de venta minorista participantes – 90 días)		50% de coseguro	
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	30% de coseguro; \$150 como máximo por receta (farmacias especializadas selectas)		N/A	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100/cirugía	30% de coseguro	50% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$175 como máximo/visita.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$300/visita	\$300/visita; no se aplica deducible .	Con cobertura como dentro de la red	Si es admitido directamente en un hospital, se cancela el copago de la sala de emergencias. Sin cargo para la tarifa del médico de la sala de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	No corresponde	\$200/viaje; no se aplica deducible	Con cobertura como dentro de la red	-----ninguna-----

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.UChhealthplans.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de UC Select (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor de Anthem Preferred (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Atención de urgencia	\$20/visita	\$20/visita; no se aplica deducible	50% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250/admisión	30% de coseguro	50% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$300 como máximo/día. Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: Sin cargo para las primeras 3 visitas, luego, \$20/visita; no se aplica deducible Otros servicios para pacientes ambulatorios: \$20/visita; no se aplica deducible		Visita al consultorio: 50% de coseguro Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios internos	\$250/admisión; no se aplica deducible		50% de coseguro	Si no se obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red, se cobrará un copago adicional de \$250. Sin cargo para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores de UC Select o proveedores de Anthem Preferred. 50% de coseguro para la tarifa del médico para pacientes internados para proveedores fuera de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20/visita para la visita inicial	30% de coseguro	50% de coseguro	La cobertura para proveedores fuera de la red tiene un límite de \$300 como máximo/día. Si no se
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	30% de coseguro	50% de coseguro	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.UChhealthplans.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de UC Select (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor de Anthem Preferred (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$250/admisión	30% de coseguro	50% de coseguro	obtuvo una preautorización para proveedores fuera de la red para pacientes internados, se cobrará un copago adicional de \$250. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No corresponde	30% de coseguro	50% de coseguro	100 visitas/periodo de beneficios para proveedores de Anthem Preferred y proveedores fuera de la red combinados.
	Servicios de rehabilitación	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	Servicios de habilitación	\$20/visita	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializada	No corresponde	30% de coseguro	50% de coseguro	Límite de 100 días/periodo de beneficios para proveedores de Anthem Preferred y proveedores fuera de la red combinados. \$300 como máximo/día para proveedores fuera de la red .
	Equipo médico duradero	No corresponde	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No corresponde	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios de la vista.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	*Consulte la sección Servicios dentales.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.UChhealthplans.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía cosmética
- Exámenes de la vista para niños
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes.
- Atención dental (adultos)
- Anteojos para niños
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso
- Chequeo dental
- Atención de los ojos de rutina (adultos)

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Acupuntura: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con atención quiropráctica para [proveedores](#) de Anthem Preferred y [proveedores](#) fuera de la [red](#).
- Audífonos: \$2,000 como máximo/cada 36 meses.
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de la infertilidad - Fertilización in vitro (IVF), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) o transferencia intratubárica de gametos (GIFT) (Se limitan a 2 ciclos de por vida. El coseguro para estos servicios no se aplica al límite de gastos de bolsillo por año calendario)
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Atención quiropráctica: 24 visitas/periodo de beneficios en combinación con acupuntura para [proveedores](#) de Anthem Preferred y [proveedores](#) fuera de la [red](#).

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: [Grievances](#) and [Appeals](#), P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.UChhealthplans.com.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago	\$20

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$650
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$710

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago	\$20

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)
(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$520
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$575

Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$20
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otro copago	\$20

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,360
Coseguro	\$15
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,375

NOTA: Este Resumen de beneficios y cobertura intenta mostrarle cómo usted y el plan comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Cualquier resumen de beneficios o principal de distribución de costos representa solo una breve descripción de sus beneficios. Lea el folleto detenidamente para conocer las disposiciones, los beneficios y las exclusiones. Si existe algún conflicto percibido entre este resumen y los términos del Plan, prevalecerán los términos del Plan.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Por autoridad de los Regentes, la Oficina de Recursos Humanos de University of California, ubicada en Oakland, administra todos los planes de beneficios de acuerdo con los documentos y las regulaciones del plan, los acuerdos de custodia, las regulaciones de seguro grupal para el personal y el cuerpo docente de University of California, los contratos de seguro grupal y las leyes estatales y federales aplicables. Ninguna persona está autorizada a proporcionar información sobre beneficios que no esté incluida en estos documentos fuente, y no se puede confiar en que la información no incluida en estos documentos fuente haya sido autorizada por los Regentes. Los documentos fuente están disponibles para su inspección a pedido (800-888-8267). Lo que se escribe aquí no constituye una garantía de cobertura o de beneficios del plan. Se deben cumplir reglas y requisitos de elegibilidad específicos antes de que se puedan recibir beneficios. University of California tiene la intención de continuar indefinidamente con los beneficios que se describen aquí. Sin embargo, los beneficios de todos los empleados, jubilados y beneficiarios del plan están sujetos a cambios o finalización al momento de la renovación del contrato o en cualquier otro momento por la Universidad u otras autoridades gubernamentales. La Universidad también se reserva el derecho de determinar nuevas primas, contribuciones del empleador y costos mensuales en cualquier momento. Los beneficios de salud y bienestar no son derechos de beneficios acumulados o adquiridos. La contribución de UC al costo mensual de la cobertura la determina UC y puede cambiar o interrumpirse completamente, y puede verse afectada por la asignación presupuestaria anual del estado de California. Si usted pertenece a una unidad de negociación exclusivamente representada, algunos de sus beneficios pueden ser diferentes de los que se describen aquí. Para obtener más información, los empleados deben comunicarse con la Oficina de Recursos Humanos y los jubilados deben llamar al Centro de Servicios de Administración de la Jubilación de UC (800-888-8267).

De conformidad con la ley aplicable y la política de la Universidad, la Universidad es un empleador de acción afirmativa/igualdad de oportunidades. Envíe sus consultas sobre las políticas de acción afirmativa e igualdad de oportunidades de la Universidad para el personal a Systemwide AA/EEO Policy Coordinator, University of California, Office of the President, 1111 Franklin Street, 5th Floor, CA 94607, y para el cuerpo docente a Office of Academic Personnel and Programs, University of California Office of the President, 1111 Franklin Street, Oakland, CA 94607.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.