

Anthem Blue Cross
 Su plan: Plan University of California UC Care
 Su red: UC Select y Anthem Preferred

Vigente el: 1.º de enero de 2025

Consulte la sección Notas para obtener información importante sobre el plan. Este documento solo incluye información sobre los beneficios médicos. Visite uhealthplans.com para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados.

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario	Ninguno	\$500 individual/ \$1,000 por familia	\$750 individual/ \$1,750 por familia
Límite de gastos de bolsillo por año calendario <i>Combinado con los costos de bolsillo de farmacia. Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar costos compartidos durante el resto del año calendario.</i>	\$6,100 individual/ \$9,700 por familia	\$7,600 individual/ \$14,200 por familia	\$9,600 individual/ \$20,200 por familia
El deducible por familia y el gasto máximo de bolsillo están integrados, lo cual significa que los costos compartidos de un familiar se aplicarán tanto al deducible individual como al gasto máximo de bolsillo individual; además, los montos para todos los familiares cubiertos se aplican tanto al deducible por familia como al gasto máximo de bolsillo por familia. Ningún miembro deberá pagar más del deducible individual y del monto máximo de bolsillo individual.			
Servicios en el consultorio médico y de atención a domicilio			
Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Coseguro del 50%
Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Visita a un especialista	Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Atención prenatal y posparto	Copago de \$30 por visita (<i>solo la visita inicial</i>)	Coseguro del 30% (factura global por embarazo)	Coseguro del 50% (factura global por embarazo)
Visitas a otros profesionales de la salud			
Clínica de salud minorista	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Servicios de un quiropráctico. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinadas con acupuntura.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Acupuntura. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinado con atención quiropráctica.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Otros servicios en un consultorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de alergia Suero para el tratamiento de alergias <i>(se factura por separado con respecto a la visita al consultorio)</i> Quimioterapia/radioterapia Diálisis/hemodiálisis Inyectables en el consultorio. <i>Para los medicamentos dispensados en el consultorio a través de infusión o inyección.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$30 por visita Coseguro del 20% Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita Sin cargo 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Servicios de diagnóstico</p> <p>Laboratorio. Nota: Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Laboratorio independiente Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Radiografías. Nota: Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Diagnóstico por imágenes avanzado (por ejemplo, imagen por resonancia magnética [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía axial computarizada [CAT])</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Atención de urgencia y de emergencia Servicios de la sala de emergencias <i>No se aplica el deducible.</i> Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios	Copago de \$300 por visita Sin cargo	Copago de \$300 por visita Sin cargo	Copago de \$300 por visita Sin cargo
Ambulancia (terrestre o aérea)	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Copago de \$200 por viaje (sin deducible)	Copago de \$200 por viaje (sin deducible)
Atención de urgencia (en el consultorio) <i>Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</i>	Copago de \$30 por visita	Copago de \$30 por visita (sin deducible)	Coseguro del 50%
Atención médica para trastornos de salud mental, del comportamiento y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios/hospitalizados <i>Se cancela el deducible para proveedores de Anthem Preferred.</i> Visita al consultorio médico Visita a un centro Tarifas del centro para pacientes ambulatorios Tarifas del centro para pacientes hospitalizados	Visitas 1 a 3: sin cargo; Visita 4+: copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita Copago de \$250 por admisión		Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Cirugía para pacientes ambulatorios Tarifas del centro Hospital o centro quirúrgico independiente Servicios médicos y otros servicios	\$100 por cirugía Sin cargo	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Hospitalización (la mayoría de las hospitalizaciones, incluso por maternidad) Tarifas del centro (por ejemplo, alojamiento y alimentos) Cirugía bariátrica <i>(Cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo para la obesidad mórbida)</i> Servicios médicos y otros servicios	\$250 por admisión \$250 por admisión Sin cargo	Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Sin cobertura Coseguro del 50%
Recuperación y rehabilitación Atención médica a domicilio <i>La cobertura se limita a 100 visitas por año calendario.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Sin cobertura
Servicios de rehabilitación/recuperación de habilidades (por ejemplo, fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional): Consultorio	Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Rehabilitación cardíaca Consultorio Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 por visita Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 100 días por año calendario.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Hospicio	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Equipo médico duradero	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Dispositivos prostéticos	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Audifonos (se limitan a \$2000 cada 36 meses)	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Beneficios de atención de diabetes Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para la diabetes: en el consultorio (si estuviese facturado por su proveedor, también será responsable por el copago para la visita al consultorio)	Coseguro del 20% Copago de \$30 por visita	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Vacunas para viajes <i>Consulte el folleto de beneficios del plan para obtener más información sobre las vacunas e inmunizaciones cubiertas.</i>	Sin cargo	Sin cargo (sin deducible)	Coseguro del 50%
Servicios para la infertilidad Diagnóstico de causa de infertilidad Fertilización in vitro (IVF), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) o transferencia intratubárica de gametos (GIFT) <i>(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)</i>	Coseguro del 20% Coseguro del 50%	Coseguro del 30% Coseguro del 50%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Planificación familiar</p> <p>Asesoramiento y consultas (<i>incluye visitas al consultorio del médico para ajustes de diafragmas, anticonceptivos inyectables o implantables</i>).</p> <p>Ligadura de trompas (<i>es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital</i>).</p> <p>Vasectomía (<i>es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital</i>).</p>	Sin cargo	Sin cargo	Coseguro del 50%
	Sin cargo	Sin cargo	Coseguro del 50%
	Sin cargo	Sin cargo	Coseguro del 50%
Atención fuera del área de servicio del plan			
Dentro de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core	Todos los servicios cubiertos prestados a través de un Programa BlueCard®, para la atención de emergencia fuera del estado y la atención que no es de emergencia, se prestan en un nivel de Anthem Preferred del monto aprobado del Plan Blue local cuando usa un proveedor dentro de la red.		
Fuera de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core	Todos los servicios cubiertos para la atención de emergencia y que no es de emergencia serán elegibles para el reembolso cuando se reciben fuera de los EE. UU. Consulte el nivel de Anthem Preferred para conocer los servicios cubiertos. La mayoría de los servicios estarán sujetos al deducible de Anthem Preferred y al coseguro de 20%; se aplicarán copagos únicos cuando se indique.		

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 los beneficios, las exclusiones y las limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte el folleto de beneficios de UC Care. Si hay una diferencia entre este resumen y el folleto de beneficios de UC Care, el folleto de beneficios de UC Care prevalecerá.

Notas:

- Los gastos máximos de bolsillo por año calendario incluyen deducibles, coseguros y medicamentos recetados a menos que se indique lo contrario.
- Se aplica un copago adicional de \$250 si no se obtiene autorización previa para los servicios de hospitalización o enfermería especializada por un proveedor fuera de la red.
- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$300 por día, excepto los servicios de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias.
- Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$175 por visita.
- Si usted usa un proveedor fuera de la red, debe pagar la diferencia entre el gasto cubierto y el cargo real del proveedor fuera de la red.
- Todos los servicios sujetos al coseguro también están sujetos al deducible anual, a menos que se establezca lo contrario.
- Los gastos máximos de bolsillo de proveedores de UC Select y Anthem Preferred se acumulan en forma cruzada. Sin embargo, el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red no se acumulan para proveedores de UC Select y Anthem Preferred.
- El límite de gastos de bolsillo por año calendario para servicios de salud mental, del comportamiento y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios/hospitalizados prestados por proveedores de Anthem Preferred será de \$6,100 individual/\$9,700 por familia.
- Los Servicios de Atención Preventiva incluyen: revisión física, exámenes de detección con fines preventivos (entre ellos, exámenes de detección de cáncer, virus del papiloma humano [VPH], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y vista, vacunación, educación sanitaria, servicios de intervención, pruebas de VIH) y atención preventiva adicional para mujeres prevista en las directivas respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud.
- En el caso de visitas al consultorio a proveedores de UC Select, el copago se aplica a la visita al consultorio y se pueden aplicar costos compartidos adicionales para cualquier otro servicio que se preste en el consultorio (por ejemplo, radiografía, análisis de laboratorio, cirugía) después de alcanzar cualquier deducible correspondiente.
- Si se lo admite directamente en un hospital, se cancela su copago de atención en la sala de emergencias.
- Los servicios de proveedores fuera de la red para la atención médica a domicilio y los servicios de hospicio no tienen cobertura, a menos que se autoricen previamente. Cuando estos servicios o servicios de enfermería especializada se autorizan previamente, el copago o coseguro del miembro puede calcularse en el nivel de Anthem Preferred, según la tarifa acordada entre Anthem Blue Cross y la agencia.
- Ciertos servicios están sujetos al programa de revisión de utilización. Antes de programar los servicios, el miembro debe asegurarse de que se haya obtenido la revisión de utilización. Si no obtiene la revisión de utilización, los beneficios podrían reducirse o no pagarse, conforme a lo que estipule el plan. Los detalles se incluyen en el folleto de beneficios.
- Los límites de visitas comienzan a acumularse independientemente de que el deducible se alcance o no.
- Todos los servicios con límites por año calendario/año del plan se combinan dentro y fuera de la red.
- Los trasplantes se cubren solo cuando se realizan en Centros de Excelencia Médica de Centros Blue Distinction.
- La cirugía bariátrica está cubierta solo cuando se efectúa en un Centro de atención especializada Blue Distinction para cirugía bariátrica.
- El límite de días para el centro de enfermería especializada no se aplica a salud mental y abuso de sustancias.
- Los servicios de centros de radiología y laboratorios independientes se definen como servicios recibidos en un centro no basado en un hospital.
- Coordinación de beneficios: los beneficios de este plan pueden reducirse si el miembro posee cualquier otra cobertura médica y dental para grupos, de manera que los servicios recibidos mediante todas las coberturas grupales no excedan el 100% del gasto cubierto.