

Anthem Blue Cross  
 Su plan: Plan University of California Health Savings (HSP)  
 Su red: Anthem Prudent Buyer PPO

Vigente el: 1.º de enero de 2024

Consulte la sección Notas para obtener información importante sobre el plan. Este documento solo incluye información sobre los beneficios médicos. Visite [uhealthplans.com](http://uhealthplans.com) para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados.

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<b>Deducible por año calendario</b> <i>Combinado con el deducible de farmacia. El deducible por familia no está integrado, lo que significa que la distribución de costos de todos los familiares se aplica a un deducible por familia compartido. El deducible individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura individual.</i>	\$1,600 individual/ \$3,200 por familia	\$2,600 individual/ \$5,200 por familia
<b>Límite de gastos de bolsillo por año calendario</b> <i>Combinado con los costos de bolsillo de farmacia. El gasto máximo de bolsillo por familia no está integrado, lo que significa que los costos compartidos de todos los miembros de la familia se aplican a un gasto máximo de bolsillo por familia compartido. El gasto máximo de bolsillo individual solo se aplica a las personas inscritas en la cobertura individual. Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar costos compartidos durante el resto del año calendario.</i>	\$4,000 individual/ \$6,400 por familia	\$8,000 individual/ \$16,000 por familia
<b>Servicios en el consultorio médico y de atención a domicilio</b>		
<b>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</b>	Sin cargo	Coseguro del 40%
<b>Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Visita a un especialista</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Atención prenatal y posparto</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Visitas a otros profesionales de la salud</b> Clínica de salud minorista  Servicios de un quiropráctico. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinadas con acupuntura.</i> Acupuntura. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinado con atención quiropráctica.</i>	Coseguro del 20%  Coseguro del 20%  Coseguro del 20%	Coseguro del 40%  Coseguro del 40%  Coseguro del 20%
<b>Otros servicios en un consultorio</b> Pruebas de alergia Suero para el tratamiento de alergias ( <i>se factura por separado con respecto a la visita al consultorio</i> ) Quimioterapia/radioterapia Hemodiálisis Inyectables en el consultorio. <i>Para los medicamentos dispensados en el consultorio a través de infusión o inyección.</i>	Coseguro del 20% Coseguro del 20%  Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%  Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico</b> <b>Laboratorio</b> Consultorio Laboratorio independiente Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Radiografías</b> Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Diagnóstico por imágenes avanzado (por ejemplo, imagen por resonancia magnética [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía axial computarizada [CAT])</b> Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Atención de urgencia y de emergencia</b> <b>Servicios de la sala de emergencias, servicios médicos y otros</b>	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red
<b>Ambulancia (terrestre o aérea)</b>	Coseguro del 20%	Con cobertura como dentro de la red
<b>Atención de urgencia (en el consultorio)</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Atención médica para trastornos de salud mental, del comportamiento y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> Visita al consultorio médico Tarifas del centro	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b> Tarifas del centro Hospital Centro quirúrgico independiente <b>Servicios médicos y otros servicios</b>	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Hospitalizaciones (todas las estadías de pacientes hospitalizados, incluidas por maternidad, tratamiento de salud mental o del comportamiento y por abuso de sustancias)</b> Tarifas del centro (por ejemplo, alojamiento y alimentos) <b>Cirugía bariátrica</b> <i>(Cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo para la obesidad mórbida)</i> <b>Servicios médicos y otros servicios</b>	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Sin cobertura Coseguro del 40%
<b>Recuperación y rehabilitación</b> <b>Atención médica a domicilio</b> <i>La cobertura se limita a 100 visitas por año calendario.</i>	Coseguro del 20%	Sin cobertura

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<b>Servicios de rehabilitación/recuperación de habilidades (por ejemplo, fisioterapia o terapia ocupacional):</b> Consultorio. <i>Los costos pueden variar según el centro de servicios.</i> Hospital para pacientes ambulatorios Terapia del habla	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40% Coseguro del 20%
<b>Rehabilitación cardíaca</b> Consultorio Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Atención de enfermería especializada</b> <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 100 días por año calendario.</i> Hospital Centro de enfermería especializada independiente	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 20%
<b>Hospicio</b>	Coseguro del 20%	Sin cobertura
<b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Dispositivos prostéticos</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
<b>Audifonos</b> <i>(se limitan a \$2000 cada 36 meses)</i>	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
<b>Beneficios de atención de diabetes</b> Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para la diabetes: en el consultorio.	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 40% Coseguro del 40%
<b>Vacunas para viajes</b> Vacunas para viajes conformes a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) Vacunas para viajes no conformes a ACA: encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla.	Sin cargo  Coseguro del 20%	Coseguro del 40%  Coseguro del 40%
<b>Servicios para la infertilidad</b> 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 40%  Coseguro del 50%
<b>Planificación familiar</b> Asesoramiento y consultas <i>(incluye la inserción del dispositivo intrauterino [DIU], además de anticonceptivos inyectables e implantables para mujeres).</i> Ligadura de trompas <i>(es posible que se aplique un coseguro adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).</i> Vasectomía <i>(es posible que se aplique un coseguro adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).</i>	Sin cargo  Sin cargo  Sin cargo después de alcanzar el deducible	Coseguro del 40%  Coseguro del 40%  Coseguro del 40%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de una PPO de Anthem Prudent Buyer	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<b>Atención fuera del área de servicio del plan</b>		
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 Prudent Buyer PPO del monto máximo permitido del Blue Plan local cuando usa un proveedor de Anthem Blue Cross.
Fuera de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core		Todos los servicios cubiertos para la atención de emergencia serán elegibles para el reembolso cuando se reciben fuera de los EE. UU. Consulte el nivel de Anthem Prudent Buyer PPO para conocer los servicios cubiertos y la responsabilidad correspondiente al miembro.

*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 formal de beneficios de UC Health Savings Plan. Si hay una diferencia entre este resumen y el folleto de beneficios de UC Health Savings Plan, el folleto de beneficios de UC Health Savings Plan 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 \$360 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 \$210 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 médico anual, a menos que se establezca lo contrario.
- El gasto máximo de bolsillo y el deducible dentro de la red se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red. Sin embargo, el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red no se acumulan para alcanzarlos dentro de la red.
- 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.
- 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 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 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 o en 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.