

Su Resumen de Beneficios



Anthem Blue Cross
 Su plan: Plan University of California CORE
 Su red: Anthem Prudent Buyer PPO

Vigente el: 1.º de enero de 2022

Consulte la sección Notas para obtener información importante sobre el plan. Este documento solo incluye información sobre los beneficios médicos. Visite ucppoplans.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
Deducible por año calendario <i>Combinado con el deducible de farmacia. Todos los proveedores combinados.</i>	\$3,000 individual	
Límite de gastos de bolsillo por año calendario <i>Combinado con los costos de bolsillo de farmacia. Todos los proveedores combinados. Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar costos compartidos durante el resto del año calendario.</i>	\$6,350 individual/\$12,700 por familia	
El gasto máximo de bolsillo por familia está integrado, 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 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	Sin cargo	Coseguro del 20%
Vacunas conformes a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)	Sin cargo	Coseguro del 20%
Vacunas no conformes a ACA	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Visita a un especialista	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Atención prenatal y posparto	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Visitas a otros profesionales de la salud Clínica de salud minorista LiveHealth Online (www.livehealthonline.com) Servicios de un quiropráctico. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinados con acupuntura.</i> Acupuntura. <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 24 visitas por año calendario. Combinada con servicios quiroprácticos.</i>	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% N/A Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Otros servicios en un consultorio 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 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%

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
Servicios de diagnóstico Laboratorio: Consultorio Laboratorio independiente Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Radiografías: Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Diagnóstico por imágenes avanzado (por ejemplo, imagen por resonancia magnética [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía axial computarizada [CAT]): Consultorio Centro independiente de radiología Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Atención de urgencia y de emergencia Servicios de la sala de emergencias, servicios médicos y otros	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Ambulancia (terrestre o aérea) <i>No sujeto al deducible por año calendario.</i>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Atención de urgencia (en el consultorio)	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Atención médica para trastornos de salud mental, del comportamiento y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Visita al consultorio médico Tarifas del centro	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Cirugía para pacientes ambulatorios Tarifas del centro Hospital Centro quirúrgico independiente Servicios médicos y otros servicios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Hospitalizaciones (todas las estadías de pacientes hospitalizados, incluidas por maternidad, tratamiento de salud mental o del comportamiento y por abuso de sustancias) Tarifas del centro (por ejemplo, habitación y alimentos) Cirugía bariátrica <i>(cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo para la obesidad mórbida)</i> Servicios médicos y otros servicios	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Sin cobertura Coseguro del 20%
Recuperación y rehabilitación Atención médica a domicilio <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
Servicios de rehabilitación/recuperación de habilidades (por ejemplo, fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional): Consultorio. <i>Los costos pueden variar según el centro de servicios.</i> Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Rehabilitación cardíaca Consultorio Hospital para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura para todos los proveedores se limita a 100 días por año calendario.</i>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Hospicio	Coseguro del 20%	Sin cobertura
Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Dispositivos prostéticos	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Audífonos	Sin cobertura	Sin cobertura
Beneficios de atención de diabetes Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para la diabetes: en el consultorio.	Coseguro del 20% Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20%
Vacunas para viajes 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 20% Coseguro del 20%
Planificación familiar 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 Coseguro del 20%	Coseguro del 20% Coseguro del 20% Coseguro del 20%
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 emergencias 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 Plan Blue local cuando usa un proveedor dentro de la red.	

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
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 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 de beneficios formal de CORE. Si hay una diferencia entre este resumen y el folleto de beneficios de CORE, el folleto de beneficios de CORE prevalecerá.

Notas:

- Los gastos máximos de bolsillo por año calendario incluyen deducibles, copagos, coseguros y medicamentos recetados.
- 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 \$480 por día.
- Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$280 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 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 proveedor participante, 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 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 o dental para grupos, de manera que los servicios recibidos mediante todas las coberturas grupales no excedan el 100% del gasto cubierto.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. © ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

CA/L/F/PPO/LP2091 /01-16 C-