

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visítenos en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame al 1-888-421-8444. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>; o llamar al 1-888-421-8444.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">deducible</a> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$1,000 por individuo / \$2,000 por familia.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Las primas y los servicios de atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Vea la <a href="#">Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan</a> o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Si usted se atiende con un médico u otros <a href="#">proveedores</a> de atención médica dentro de la red, el <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la <a href="#">red</a> podría usar algún <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios. Los <a href="#">planes</a> usan términos como perteneciente a la red, <a href="#">preferido</a> o participante para referirse a los <a href="#">proveedores</a> de la <a href="#">red</a> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este <a href="#">plan</a> a sus distintos <a href="#">proveedores</a> .
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	Sí. Necesita una derivación para atenderse con un <a href="#">especialista</a> . Las excepciones incluyen la autoderivación a los ginecólogos / obstetras del <a href="#">plan</a> .	Este <a href="#">plan</a> paga algunos o todos los costos de atenderse con un <a href="#">especialista</a> para servicios cubiertos, pero solo si tiene una <a href="#">derivación</a> antes de atenderse con el <a href="#">especialista</a> .

(Número de control del DT y de la OMB: 1545-0047 / Fecha de vencimiento: 12/31/2019) (Número de control del DOL y de la OMB: 1210-0147 / Fecha de vencimiento: 5/31/2022)

(Número de control del HHS y de la OMB: 0938-1146 / Fecha de vencimiento: 10/31/2022)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <u>autorización previa</u> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	<u>Atención preventiva / evaluación</u> / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$0 de copago Radiografías: \$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <u>autorización previa</u> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en la <u>cobertura de medicamentos con receta médica de Valley Health Plan</u>	Medicamentos genéricos	\$0 de copago por <u>receta médica</u> (por venta minorista y por pedido por correo).	Sin cobertura	Los medicamentos con receta médica surtidos en una farmacia <u>fuera de la red</u> están cubiertos si se relacionan con la atención para una emergencia médica o atención de urgencia. Si su <u>medicamento con receta médica</u> no está incluido en el <u>formulario</u> , se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <u>autorización previa</u> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.  <u>Por venta minorista</u> : suministro de hasta 90 días para medicamentos genéricos y de marca.  <u>Por pedido por correo</u> : suministro de hasta 90 días para medicamentos de mantenimiento genéricos y de marca.
	Medicamentos de marca	\$0 de copago por <u>receta médica</u> (por venta minorista y por pedido por correo).	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Tarifas del médico / cirujano	\$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.

<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Centro: \$0 de copago Médico: \$0 de copago	Centro: \$0 de copago Médico: \$0 de copago	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$0 de copago	\$0 de copago	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$0 de copago	\$0 de copago	La <a href="#">atención de urgencia</a> brindada por <a href="#">proveedores</a> no participantes cuando se encuentra fuera el <a href="#">área de servicio</a> está cubierta. Se requiere autorización previa por escrito <a href="#">para atención de urgencia</a> brindada por <a href="#">proveedores</a> no participantes cuando se encuentra dentro del <a href="#">área de servicio</a> . Los servicios de <a href="#">atención de urgencia</a> de los <a href="#">proveedores que no pertenecen al plan</a> dentro del <a href="#">área de servicio</a> deben estar autorizados previamente antes de prestar los servicios o usted puede ser financieramente responsable de todos los cargos.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$0 de copago	Sin cobertura	Las admisiones optativas necesitan autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Tarifas del médico / cirujano	\$0 de copago	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0 de copago	Sin cobertura	Las admisiones optativas necesitan autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$0 de copago	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	\$0 de copago	Sin cobertura	100 visitas por año de beneficio. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente

[\*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).]

<b>necesidades especiales de salud</b>				responsable del costo total de dichos servicios.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$0 de copago	Sin cobertura	Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$0 de copago	Sin cobertura	100 días por período de beneficio. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	Sin cargo	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).**

- Cirugía estética
- Atención dental
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- Acupuntura (se limita a un máximo de 24 visitas prescritas por año del plan)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (se limita a un máximo de 24 visitas prescritas por año del plan)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención de la vista de rutina (límite de 1 visita para exámenes de refracción de la vista)
- Programas de pérdida de peso

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: California, Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219 o línea TDD 1-877-688-9891 para personas con problemas de audición y habla o [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). O bien, llame a su seguro del estado al 1-800-927-HELP (4357), la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, el Programa del plan multiestatal de la Oficina de Administración de Personal en <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos de California, Covered California, al 1-800-300-1506 o en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). [Mercado de Seguros Médicos](#) para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Valley Health Plan al 1-888-421-8444 o a la línea directa para el consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) al 1-888-466-2219.

**¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿Cumple este [plan](#) el valor mínimo estándar? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-421-8444.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-421-8444.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để có được sự hỗ trợ tiếng Việt, gọi 1-888-421-8444.

---

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los servicios excluidos por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#)  
(atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#)

(ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$0</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#)  
(incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles*</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$0</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$0
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#)  
(incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles*</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$0</b>