


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 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 puede llamar al 1-888-421-8444 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No se aplica.	Este plan no tiene un deducible . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este plan . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Incluye los requisitos de atención preventiva de la Ley de Atención Accesible (Affordable Care Act, ACA) http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No hay otros deducibles para servicios específicos. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este plan .
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para los proveedores dentro de la red \$8,700 por individuo / \$17,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general. Las cantidades de copagos y coseguro que paga por servicios cubiertos se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Los copagos para determinados servicios, las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea la Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí.	Este plan paga algunos o todos los costos de atenderse con un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de atenderse con el especialista .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 por visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$65 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$40 por visita	Sin cobertura	Ninguna.
		Radiografías: \$75 por visita		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$75 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.valleyhealthplan.org	Medicamentos genéricos	\$15 de copago por receta médica	Sin cobertura	Los medicamentos con receta médica surtidos en una farmacia fuera de la red están cubiertos si se relacionan con la atención para una emergencia médica o atención de urgencia. Si su medicamento con receta médica no está incluido en el formulario , se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios. Por venta minorista: suministro de hasta 90 días para medicamentos genéricos y de marca. Por pedido por correo: suministro de hasta 90 días para medicamentos de mantenimiento genéricos y de marca.
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de copago por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$85 de copago por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	20% hasta \$250 por receta médica	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$130 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Tarifas del médico / cirujano	\$40 por visita	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Centro: \$350 por visita	Centro: \$350 por visita	Ninguna.
		Médico: sin cargo	Médico: sin cargo	
	Transporte médico de emergencia	\$250 por traslado	\$250 por traslado	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$35 por visita	\$35 por visita . No cubierto dentro del área de servicio	Los servicios de atención de urgencia de los proveedores que no pertenecen al plan dentro del área de servicio deben estar autorizados previamente antes de prestar los servicios o usted puede ser financieramente responsable de todos los cargos.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$330 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 por visita	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
		Otros: \$35 por visita		
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: \$330 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
		Médico: sin cargo		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$330 por día hasta 5 días	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$30 por visita	Sin cobertura	100 días por año. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Servicios de rehabilitación	\$35 por visita	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Servicios de habilitación	\$35 por visita	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	\$150 por día hasta 5 días	Sin cobertura	100 días por año calendario. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional • Servicios de enfermería privada • Atención de la vista de rutina (adultos) • Programas de pérdida de peso |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

- | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención de los pies de rutina con límites |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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. 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. [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#) para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite 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: 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:

Obtener ayuda en otros idiomas

ATENCIÓN: Si usted habla otro idioma, hay servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin cargo. Llame al 1.888.421.8444 (servicio de retransmisión de California [California Relay Service, CRS] 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

Հայաստան (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

فارسی (Farsi)

هجو تا رگ هبزابن افری سد وگتفگی م دینک، لایهستت زی ناد و صبرت را الگین رب ای امشدر فاهم می باشد. با (California Relay Service (CRS) 711) 1.888.421.8444 تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਬਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888.421.8444.1 (California Relay Service (CRS) 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) al [especialista](#) \$65
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$330 por día
- Otro copago (análisis de sangre) \$35

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)

Costo total del ejemplo	\$12,690
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$70
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$930

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) al [especialista](#) \$65
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$330 por día
- Otro copago (análisis de sangre) \$35

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)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,720

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) al [especialista](#) \$65
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$330 por día
- Otro copago ([radiografías](#)) \$75

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](#))

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$70
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,170

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