

 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 llamar al 1-888-421-8444.

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 ?	Sí.	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 .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$1,000 por individuo / \$2,000 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.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas y los servicios de 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 .	Si usted se atiende con un médico u otros proveedores de atención médica dentro de la red, el plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí. Necesita una derivación para atenderse con un especialista . Las excepciones incluyen la autoderivación a los ginecólogos / obstetras del plan .	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 .

(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)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	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.
Si se realiza un examen	<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.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. 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)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$0 de copago	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	\$0 de copago	Sin cobertura	Ninguna.

Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Centro: \$0 de copago Médico: \$0 de copago	Centro: \$0 de copago Médico: \$0 de copago	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	\$0 de copago	\$0 de copago	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$0 de copago	\$0 de copago	La atención de urgencia brindada por proveedores no participantes cuando se encuentra fuera el área de servicio está cubierta. Se requiere autorización previa por escrito para atención de urgencia brindada por proveedores no participantes cuando se encuentra 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)	\$0 de copago	Sin cobertura	Las admisiones optativas necesitan autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Tarifas del médico / cirujano	\$0 de copago	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	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 autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
Si está embarazada	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	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras	Atención médica en el hogar	\$0 de copago	Sin cobertura	100 visitas por año de beneficio. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente

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

necesidades especiales de salud				responsable del costo total de dichos servicios.
	Servicios de rehabilitación	\$0 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito.
	Servicios de habilitación	\$0 de copago	Sin cobertura	Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Atención de enfermería especializada	\$0 de copago	Sin cobertura	100 días por período de beneficio. Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
	Equipo médico duradero	\$0 de copago	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 cargo	Se requiere autorización previa por escrito. Si no obtiene autorización previa , puede ser financieramente responsable del costo total de dichos servicios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	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.
	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. 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: 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 deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$0
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro coseguro	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)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

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

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$0
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro coseguro	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)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles *	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$0

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$0
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro coseguro	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)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles *	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$0