El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) te ayudará a elegir un plan de salud. El SBC te muestra cómo tú y el plan compartirán el costo de los servicios de salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para más información sobre tu cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, consulta www.norcalcementmasons.org o llama al 1-888-245-5005. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puedes consultar el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-888-245-5005 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible total?	$1,000/persona, $3,000/familia por año calendario para Proveedores Participantes. $250/persona, $750/familia por año calendario para Proveedores Participantes **si están inscritos en el Programa de Promesa del Plan.**	**Generalmente, debes pagar todos los costos de** los proveedores **hasta el monto** del deducible antes de que este **plan comience a pagar. Si tienes otros miembros de la familia en el** plan**, cada miembro debe cubrir su** propio deducible **individual hasta que el total de** gastos pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total de la familia.
¿Hay servicios que cubran antes de que cumplas con tu deducible?	**Sí, la atención** preventiva de la ACA, medicamentos recetados, servicios de salud mental/abuso de sustancias y un examen físico rutinario con un proveedor participante están cubiertos antes de que cumplas con tu deducible.	Este **plan** cubre algunos elementos y servicios incluso si aún no has alcanzado el **monto** del deducible**. Pero puede aplicarse un** copago **o** coseguro**. Por ejemplo, este** plan **cubre ciertos** servicios preventivos **sin** costo **compartido** y antes de que cumplas con tu **deducible**. Consulta una lista de **servicios preventivos** cubiertos en **https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/**
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	**No**.	No tienes que cumplir con **deducibles** para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	***Proveedores médicos dentro de la red:*** $3,000 personas/$6,000 familias por año calendario. ***Medicamentos recetados dentro de la red:*** $1,200 por persona/$2,400 Familia por año calendario.	El **límite de pago de tu bolsillo** es lo máximo que podrías pagar en un año por servicios cubiertos. Si tienes otros familiares en este **plan**, ellos deben cumplir con sus propios límites de pago **de bolsillo hasta que se cumpla el límite total de gastos de la familia .**
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	**El Límite de Gastos Médicos** de Bolsillo no incluye: primas, cargos por facturación de saldo, reclamaciones de no participantes; copagos, deducibles y coseguros, penalizaciones por no obtener la preautorización, servicios excluidos del plan, medicamentos recetados ambulatorios y montos por encima del Plan Máximo Asignación (MPA) para ciertos servicios. **El Límite de Bolsillo para Medicamentos Recetados** no incluye: cargos médicos, primas, cargo por facturación por	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para el límite **de gastos de bolsillo**.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
	saldo, servicios excluidos del plan y medicamentos recetados fuera de la red.	
¿Pagarías menos si usas un proveedor de red?	Sí. Para una lista de proveedores de red, contacte; **Médico**: www.anthem.com/ca o llama al 1-866-755-2680. **Mental Health/Substance Abuse:** Liveandworkwell.com o llamar 1-800-842-0209	Este **plan** utiliza una **red de proveedores**. Pagarás menos si usas un **proveedor** dentro de la **red del plan**. Pagarás más si usas un proveedor **fuera de la red**, y podrías recibir una factura de un **proveedor** por la diferencia entre el cargo **del proveedor** y lo que paga tu **plan** (**facturación de saldo**). Ten en cuenta que tu **proveedor** de red podría usar un **proveedor fuera de la red** para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu **proveedor** antes de obtener servicios.
¿Necesitas una referencia para ver a un especialista?	No.	Puedes ver al **especialista** que elijas sin una **referencia**.

Todos los **costos de copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que se haya cumplido con tu **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
Si visitas la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$20 de copago por visita, el deducible no aplica ***si estás inscrito en el Programa de Promesa del Plan***	$20 copago por visita más 50% de coseguro más cualquier saldo de facturación.	Ninguno
	Specialist visit	20% de coaseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	50% de coseguro más cualquier facturación de saldo.	Si participas en el programa de bienestar, debes recibir preautorización de Anthem para ciertos servicios especializados para evitar una penalización del 20%.
	Cuidado preventivo / tamizaje / Inmunización	**Servicios exigidos por la Reforma de la Salud:** Sin cargo. *El deducible no aplica. **Otras inmunizaciones:** coseguro del 20% 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	$20 de copago más 50% de coseguro por visita a la oficina & 50% de coaseguro para otros servicios de atención preventiva cubiertos (incluyendo inmunizaciones no requeridas por la reforma de salud) más cualquier facturación de saldo.	Puede que tengas que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunta a tu proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego revisa lo que cubrirá tu plan . **https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/**

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
Si tienes un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coaseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	Las radiografías proporcionadas por un quiropráctico o relacionadas con servicios de manipulación espinal están limitadas a $300 por año calendario.
	Imágenes (Tomografía/PET Scans, resonancias magnéticas)	20% de coaseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	50% de coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar un **coseguro adicional** del 20% por incumplimiento.
Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad o condición Más información sobre **la cobertura de medicamentos** recetados está disponible en www.OptumRx.com	Medicamentos genéricos	$10 **Venta al por menor** Copago/**receta** por correo de $20 $5 **Venta al por menor** Copago/**receta** por correo de $10 ***si participas en el Programa Promise***	Pagas el 100%. El plan reembolsa con base en la tarifa contractual de una farmacia dentro de la red menos cualquier copago.	• El deducible no aplica. • Venta por correo de suministros a 30 días**;** Venta por correo **a 90 días**. • **Doble copago** en ventas al público después de la tercera carga. • ACA Los medicamentos de atención preventiva no están cubiertos si se compran en una farmacia sin red. • No hay costo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (ni por nombre comercial si el genérico es médicamente inapropiado).
	Medicamentos de marca preferidos	Copago/receta de $25 **Venta al por menor** $50 copago/receta **por correo**		
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	Pagas el 100% del costo por medicamentos de marca no preferente, incluso si los compras en una farmacia dentro de la red.
	Medicamentos de especialidad	$25 medicamentos de copago/inyección. Los medicamentos orales tienen los mismos copagos que arriba para pedidos por correo genéricos o de marca preferida.	No cubierto	**El deducible no aplica**. Debe usar el proveedor contratante (BriovaRx) para todos los medicamentos especializados.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
Si tienes cirugía ambulatoria	Cuota de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	Pagas el exceso de $500 al día	• Pagas todos los cargos que excedan $500/día si usas un **centro de cirugía ambulatoria** que no sea PPO. • Para instalaciones de cirugía ambulatoria en hospitales, la asignación máxima del plan para artroscopia es de $6,000; catarata es de $2,000; colonoscopía es de $1,500. • **Se requiere preautorización por parte de** Anthem para artroscopia, cataratas y colonoscopía para evitar un coseguro adicional del 20% en caso de incumplimiento.
	Honorarios de médico/cirujano	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	**Se requiere preautorización por parte de Anthem** para artroscopia, cataratas y colonoscopía para evitar un coseguro adicional del 20%.
Si necesitas atención médica inmediata	Atención en urgencias	$100 Copago/Visita **Plus** 20% de coaseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	$100 Copago/Visita **Plus** 20% de coaseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	• Copago exento si es admitido en el hospital. • Los honorarios profesionales pueden cobrarse por separado.
	Transporte médico de emergencia	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***	Servicios de Ambulancia Aérea (si están cubiertos cuando los proporciona un proveedor participante): 20% coinsurance; 15% coinsurance ***si participas en el Programa Promise*** Otros: 20% coaseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Ninguno.
	Atención urgente	$20 Copago/visita	$20 copago/ **visita más** 50% de coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Esto es para un centro de atención urgente que no sea hospitalario . Las tarifas profesionales pueden cobrarse por separado.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
Si tienes una estancia hospitalaria	Cuota de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	20% coseguro del primer $15,000 15% de coaseguro de los primeros $15,000 ***si participas en el Programa Promesa***.	50% coseguro del primer $15,000 (*si la admisión es por una emergencia o vives fuera del área, 20% o 15%* ***si estás inscrito en el Programa Promise***) **más** cualquier facturación de saldo.	• Se requiere preautorización para evitar una penalización del 20%. • Cirugía rutinaria de reemplazo de cadera o rodilla limitada a *un plan máximo* de $30,000. • Usa instalaciones hospitalarias designadas basadas en valor para consultorios listados como MPA si eres residente de California. • No hay costo por el resto de la estancia ***hospitalaria, excepto*** por cualquier facturación de saldo que un proveedor no participante pueda cobrarte).
	Honorarios de médicos / cirujanos	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Ninguno.
Si necesitas servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	El beneficio está cubierto al 100%. El deducible no aplica.	$20 copago **más** 50% de coseguro/visita al consultorio y 50% de coaseguro para otros servicios ambulatorios **más** cualquier facturación de saldo	Contacta a Optum BHS para obtener una lista de proveedores participantes. Los proveedores no participantes pueden facturarte el saldo.
	Servicios de internamiento	El beneficio está cubierto al 100%. El deducible no aplica.	50% coseguro (20% si es admisión de emergencia) del primer $15,000. No hay costo por el resto de la estancia ***hospitalaria excepto*** por cualquier facturación de saldo).	Se requiere preautorización de Optum BHS para evitar una penalización del 20%.
Si estás embarazada	Visitas a la oficina	Incluido en servicios de entrega y facilidades	Incluido en servicios de entrega y facilidades	• El costo compartido no aplica para los servicios preventivos. • El cuidado prenatal (excepto los exámenes preventivos requeridos por la ACA) no está cubierto para los niños dependientes. • Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. • La atención materna puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
	Parto / Servicios profesionales de entrega	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	• Se requiere preautorización por parte de Anthem para estancias hospitalarias que excedan las 24 horas para un parto vaginal / 48 horas para una cesárea, para evitar una penalización por falta de pago. • Copago exento por participar en el programa "Future Moms". • Los gastos de parto no están cubiertos para los niños dependientes, excepto en caso de Condición Médica de Emergencia. • Se aplica el deducible
	Parto / Servicios para instalaciones de entrega	$1,000 Copago **Plus** 20% de coaseguro del 1st $15,000 Coseguro del 15% del primer $15,000 ***si participas en el Programa Promesa***.	$1,000 Copago **más** 50% de coseguro **más** cualquier saldo de facturación.	
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar una penalización por falta de pago.
	Servicios de rehabilitación	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	• Los servicios de rehabilitación hospitalaria requieren autorización previa de Anthem para evitar una penalización por falta de pago. • Los servicios de rehabilitación ambulatoria (físico/habla/ocupacional) requieren preautorización por parte de Anthem para evitar una penalización del 20%.
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	Pagas el 100% de estos servicios, incluso dentro de la red.
	Cuidado de enfermería especializada	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar una penalización del 20%.
	Equipo médico duradero	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro más cualquier facturación de saldo.	Requiere receta médica. Si participas en el programa de bienestar, cargos de $500 o más requieren preautorización por parte de un Consejero de Cuidado para evitar una penalización del 20%.
	Servicios de hospicio	20% Coseguro 15% de coseguro ***si participas en el Programa Promise***.	50% coseguro más cualquier facturación de saldo.	Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar una penalización por falta de pago.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Proveedor No Participante (Pagarás más)	
Si tu hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen de la vista infantil	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto por un plan de visión separado
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que tu plan generalmente NO cubre (Consulta tu póliza o documento del plan para más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía Estética
- Cuidado dental (puede estar cubierto por un plan dental separado)
- Servicios de habilitación
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención no urgente al viajar fuera de Estados Unidos.
- Medicamentos de marca no preferidos
- Enfermería en servicio privado
- Cuidado ocular rutinario (Adulto) (puede estar cubierto por un plan de visión separado)
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas para bajar de peso (excepto cuando lo requiera la reforma de salud)

Otros servicios cubiertos (Las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan .)

- Acupuntura (si se prescribe para el tratamiento del dolor) 12 visitas para no trauma, lesión o cirugía. 24 visitas por trauma, lesión o cirugía. (Necesita instalación de confinamiento)
- Cirugía bariátrica (cuando es médicamente necesario)
- Cuidado quiropráctico ($40 por visita hasta 40 visitas por año de plan)
- Audífonos ($1,000/oído/dispositivo cada 36 meses)

Tus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarte si quieres continuar con tu cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud . Para más información sobre el Mercado, visita www.HealthCare.gov o llamar 1-800-318-2596.

Tus Derechos de Queja y Apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarte si tienes una queja contra tu plan por la negación de una reclamación. Esta queja se llama queja o apelación. Para más información sobre tus derechos, consulta la explicación de los beneficios que recibirás por esa reclamación médica. Los documentos de tu plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a tu plan. Para más información sobre tus derechos, este aviso o asistencia, contacta: La Junta de fideicomisarios del Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de Cement Masons para el Norte de California, 4160 Dublin Blvd., Suite 100, Dublin, CA 94568. También puedes contactar a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo en 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthcarereform.

¿Este plan ofrece Cobertura Mínima Esencial? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si eres elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, puede que no seas elegible para el crédito fiscal de primas.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org

¿Este plan cumple con los Estándares Mínimos de Valor? **Sí**
Si tu plan no cumple con los Estándares Mínimos de Valor, podrías ser elegible para un crédito fiscal de prima que te ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso al Idioma: Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 888-245-5005

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Tus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que recibas, los precios que cobren tus proveedores y muchos otros factores. Enfócate en los montos compartidos de costos (deducibles, copagos y coaseguros) y en los servicios excluidos bajo el plan. Usa esta información para comparar la parte de los costos que podrías pagar bajo diferentes planes de salud. Por favor, ten en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura solo para personas independientes.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- **El deducible total del plan : $1,000**
- **Coseguro especializado 20%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 20%**
- **Otros coseguros 20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas en consultorios especializados (*atención prenatal)*
Servicios Profesionales de Parto y Parto
Servicios de Instalaciones de Parto y Parto
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo Total del Ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Participación de Costos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$1,010
Coaseguro	$1,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	**$3,030**

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible total del plan : $1,000**
- **Coseguro especializado 20%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 20%**
- **Otros coseguros 20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluyendo educación sobre enfermedades)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo Total del Ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Participación de Costos	
Deducibles	$980
Copagos	$870
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$160
El total que Joe pagaría es	**$2,010**

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

- **El deducible total del plan : $1,000**
- **Coseguro especializado 20%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 20%**
- **Otros coseguros 20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en urgencias *(incluyendo suministros médicos)*
Prueba diagnóstica *(rayos X)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo Total del Ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Participación de Costos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$290
Coaseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,590**

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en la plan's Programa "Promise". Si participas en el plan's "Promete", podrías reducir tus costos. Para más información sobre el programa "Promise", por favor contacta a la Oficina del Fondo Fiduciario en 888-245-5005.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan en www.norcalcementmasons.org