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 www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-888-245-5005 para solicitar una copia.

Respuestas	Answers	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible total?	$250/persona, $750/familia por año calendario para Proveedores Participantes.	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 familiares en el **plan,** cada miembro debe cumplir con su **propio deducible** individual hasta que el monto total de **gastos del deducible** pagados por todos los familiares 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?	**¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?**	El **límite de pago de tu bolsillo** es lo máximo que podrías pagar en un año por servicios cubiertos. Si tienes familiares en este **plan**, ellos deben cumplir con sus propios límites de pago de bolsillo **hasta que se haya alcanzado** el límite total de gastos familiares .
¿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 saldo, servicios excluidos del plan y medicamentos recetados fuera de la red.	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para el **límite** de gastos de **bolsillo**.

Respuestas	Answers	Por qué esto importa:
¿Pagarías menos si usas un proveedor de red?	**Sí**. Para una lista de proveedores de red, contacte; **Salud**: www.anthem.com/ca o llama al 1-866-755-2680. **Salud Mental/Abuso de Sustancias:** Liveandworkwell.com o llama 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		Proveedor No Participante (Pagarás más)
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
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.	$20 copago/visita **más** 50% de coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	Ninguno
	Visita de especialista	15% Coseguro	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	Se requiere 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:** 15% de coaseguro	$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		Proveedor No Participante (Pagarás más)
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
Si tienes un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	15% Coseguro	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)	15% Coseguro	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	• Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar un **coseguro adicional** del 20% en caso de 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	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. • Los medicamentos de cuidado preventivo de la ACA no están cubiertos si se compran en una farmacia fuera de la red. • No hay costo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (o nombre comercial si son genéricos is medically inappropriate).
	Medicamentos de marca preferidos	$25 Copago/receta **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	Copago de $25/medicamentos inyectables. 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.
Si tienes cirugía ambulatoria	Cuota de la instalación (por ejemplo, centro de	15% de coaseguro	Pagas el exceso de $500 al día	• Pagas el exceso de $500 al día**Preauthorization por Anthem es necesario** para artroscopia,

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

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Proveedor No Participante (Pagarás más)
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
	cirugía ambulatoria)			Cataratas y colonoscopía para evitar un coseguro adicional del 20% por incumplimiento.
	Honorarios de médico/cirujano	15% coaseguro	50% de coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	• **Se requiere preautorización por parte de** Anthem para artroscopia, cataratas y colonoscopía para evitar una penalización adicional del 20%.
Si necesitas atención médica inmediata	Atención en urgencias	$100 de copago por visita **más** 15% de coaseguro	$100 copago/visita **más** 15% coseguro	1.Copago exento si es admitido en el hospital. • Los honorarios profesionales pueden cobrarse por separado.
	Transporte médico de emergencia	15% Coseguro	Air ambulance services (if covered when furnished by a Participating Provider): 15% coinsurance Other: 20% coinsurance **plus** any balance-billing.	• Ninguno.
	Atención urgente	$20 Copago/visita	$20 copago por **visita más** 50% de coseguro **más** cualquier saldo de facturación.	• This is for a non-hospital urgent care center. Professional fees may be billed separately.
Si tienes una estancia hospitalaria	Cuota de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	15% de coaseguro del primer $15,000 No hay costo por el resto de la estancia hospitalaria	50% coseguro del primer $15,000 (20% de coseguro *si la admisión es por emergencia o vives fuera de la zona)* **más** cualquier pago de saldo.	• Preauthorization is required to avoid a 20% penalty. • Routine hip or knee replacement surgery limited to *maximum plan allowance* of $30,000. • Use designated Value Based hospital facilities for MPA listed surgeries if you are a California resident. • No cost for remainder of hospital stay ***except*** for any balance-billing that a Non-Participating provider may charge you).
	Honorarios de médicos / cirujanos	15% de coaseguro	50% de coseguro **más** cualquier facturación de saldo.	• Ninguno.

* 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		Proveedor No Participante (Pagarás más)
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
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.	Copago de $20 y 50% de coseguro/visita a la oficina 50% de coseguro para otros servicios ambulatorios **Además** de cualquier facturación de saldo	Contact Optum BHS for a list of participating providers. Non-Participating providers may balance bill you.
	Servicios de internamiento	El beneficio está cubierto al 100%. El deducible no aplica.	50% de 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).
	Parto / Servicios profesionales de entrega	15% de coaseguro	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	Copago de $1,000 más 15% de coaseguro del primer $15,000.	$1,000 de copago **más** 50% de coseguro **más** cualquier saldo de facturación.	

* 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		Proveedor No Participante (Pagarás más)
		Proveedor participante (Pagarás menos)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	15% de coaseguro	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	15% de coaseguro	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 autorización previa 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	15% de coaseguro	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo
	Equipo médico duradero	15% de coaseguro	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	15% de coaseguro	50% coseguro **más** cualquier facturación de saldo	Se requiere preautorización por parte de Anthem para evitar una penalización por falta de pago.
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 (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 (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, revisa tu documento de 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 planificado)
- 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 llama al 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 a: La Junta de Síndicos del Fondo 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 al 1-866-444-3272 o 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.

¿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.

Language Access Services: 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 : $250**
- **Coseguro especializado 15%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 15%**
- **Otros coseguros 15%**

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	$250
Copagos	$1.010
Coaseguro	$1,640
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	**$2,920**

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 : $250**
- **Coseguro especializado 15%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 15%**
- **Otros coseguros 15%**

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	$250
Copagos	$950
Coaseguro	$40
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$160
El total que Joe pagaría es	**$1,400**

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

- **El deducible total del plan : $250**
- **Coseguro especializado 15%**
- **Coaseguro hospitalario (instalación) 15%**
- **Otros coseguros 15%**

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	$250
Copagos	$290
Coaseguro	$340
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$880**

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