

Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross

Su plan: Bristol Management Services, Inc: Bristol Management Services, Inc: Modified Value HMO

Su red: California Care HMO

Visitas con proveedores de atención virtual únicamente	Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos	Sin cargo
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	Sin cargo
Atención de especialistas	\$30 copago por visita

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
Deducible general <i>En su plan, se aplica un deducible de farmacia por separado a los medicamentos recetados obtenidos en una farmacia. Consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados cubiertos.</i>	\$0 persona
Límite general de gastos de bolsillo	\$3,500 por una persona / \$7,000 familia
Para obtener los beneficios de este plan, debe usar proveedores dentro de la red. Los servicios brindados por proveedores fuera de la red no están cubiertos, salvo en caso de emergencia o atención de urgencia, servicios autorizados, medicamentos con receta en una farmacia minorista o cuando así lo disponga la ley. En caso de no saber si hemos aprobado algún servicio autorizado, póngase en contacto con nosotros El límite de gastos de bolsillo por familia está integrado, lo que significa que cada persona cubierta tiene un límite de gastos de bolsillo por individual. Además, los costos compartidos para todos los familiares cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo por familia; sin embargo, ningún miembro pagará más del límite de gastos de bolsillo por individual. Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y para medicamentos recetados se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo.	
Visitas al médico (virtuales y en el consultorio) <i>Su plan requiere que seleccione un médico de atención primaria (PCP). Es necesaria una referencia de su médico de atención primaria (PCP) para recibir atención de un especialista y de la mayoría de los proveedores para ciertos servicios cubiertos.</i>	
Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias <i>virtual y en el consultorio</i>	\$20 copago por visita
Atención de especialistas <i>virtual y en el consultorio</i>	\$30 copago por visita

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
<u>Visitas a otros profesionales de la salud</u> Servicios de maternidad Atención prenatal y posparto Parto Clínica médica en establecimientos minoristas <i>para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</i> Terapia de manipulación <i>La cobertura para la terapia física de rehabilitación y habilitativa, terapia ocupacional, terapia del habla y tratamiento de manipulación tiene un límite de 60 días combinados por periodo de beneficio.</i> Acupuntura	\$20 copago por visita 20% de coseguro \$20 copago por visita \$20 copago por visita \$20 copago por visita
<u>Otros servicios en un consultorio</u> Pruebas de alergia Medicamentos recetados <i>Provistos en el consultorio</i> <i>Costo compartido máximo por miembro de \$150 por medicamento.</i> Cirugía	\$20 copago por visita 30% de coseguro Sin cargo
Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones	Sin cargo
Atención preventiva para afecciones crónicas <i>según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</i>	Sin cargo
<u>Servicios de diagnóstico</u> Laboratorio Consultorio Centro laboratorio independiente Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo Sin cargo 20% de coseguro
Radiografía Consultorio	Sin cargo

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
Laboratorio independiente Centro de radiología Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sin cargo 20% de coseguro
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i> Consultorio Laboratorio independiente Centro de radiología Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$125 copago por visita \$125 copago por visita 20% de coseguro
<u>Atención urgente y de emergencia</u> Atención urgente <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i> Servicios de la sala de emergencias <i>Su copago se cancelarán si usted es admitido.</i> Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios Ambulancia	Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red: \$20 copago por visita Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red: \$200 copago por visita Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red: Sin cargo Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red: \$150 copago por viaje
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro Tarifas del centro Servicios médicos	Sin cargo \$20 copago por visita
<u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u> Tarifas del centro Hospital	20% de coseguro

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
Centro quirúrgico ambulatorio Médico y otros servicios que incluyen tarifas del cirujano Hospital	20% de coseguro Sin cargo
<u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u> Tarifas del centro Médico y otros servicios <i>que incluyen tarifas del cirujano</i>	20% de coseguro Sin cargo
Atención médica a domicilio <i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio.</i>	\$20 copago por visita
Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i> <i>La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y tratamiento de manipulación tiene un límite de 60 días combinados por periodo de beneficio.</i> Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$20 copago por visita 20% de coseguro
Rehabilitación pulmonar Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$20 copago por visita 20% de coseguro
Rehabilitación cardíaca Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$20 copago por visita 20% de coseguro
Diálisis/Hemodiálisis Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$30 copago por visita 20% de coseguro
Quimio/Radioterapia Consultorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$30 copago por visita 20% de coseguro

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficio.</i>	20% de coseguro
Centro para pacientes internados terminales	Sin cargo
Equipo Médico Duradero	20% de coseguro
Dispositivos prostéticos	Sin cargo

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
Deducible de farmacia <i>en combinación con las farmacias dentro y fuera de la red</i>	\$150 persona / \$450 familia (no se aplica a Nivel 1a, Nivel 1b medicamentos)	\$150 persona / \$450 familia (no se aplica a Nivel 1a, Nivel 1b medicamentos)
Límite de gastos de bolsillo de farmacia	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red
Cobertura de medicamentos recetados La red: <i>Base Network</i> Lista de medicamentos: <i>CA Essential DMHC</i> <i>No se cubrirán los medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos de CA Essential DMHC.</i>		
Límites en cuanto a los días de suministro: Farmacia minorista suministro para 30 días en <i>(las distribuciones de costos se indican a continuación)</i> Farmacia Retail 90 suministro para 90 días <i>(se aplica 3 veces los costos compartidos del suministro para 30 días que se cobran en las farmacias minoristas de Dentro de la red indicadas a continuación).</i> Farmacia con entrega a domicilio Suministro para 90 días <i>(a continuación, se indican los costos compartidos máximos).</i> Los medicamentos de mantenimiento están disponibles a través de nuestra farmacia con entrega a domicilio. Deberá llamarnos al número que se figura en su tarjeta de identificación para inscribirse cuando utilice el servicio por primera vez. Farmacias de especialidades Suministro para 30 días <i>(se aplican los costos compartidos que se indican a continuación para venta minorista y entrega a domicilio)</i> Es posible que solicitemos que nuestra farmacia especializada designada lleve ciertos medicamentos que requieran un manejo especial, coordinación con el proveedor o información del paciente.		
Nivel 1a - Normalmente medicamentos genéricos de bajo costo	\$5 copago por receta, el deducible de farmacia no se aplica (venta minorista) y \$12.50 copago por receta, el deducible de farmacia no se aplica	50% de coseguro hasta \$250, el deducible de farmacia no se aplica (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
Nivel 1b - Normalmente medicamentos genéricos	(entrega a domicilio) \$20 copago por receta, el deducible de farmacia no se aplica (venta minorista) y \$50 copago por receta, el deducible de farmacia no se aplica (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250, el deducible de farmacia no se aplica (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos	\$40 copago por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista) y \$120 copago por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos	\$55 copago por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista) y \$165 copago por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	30% de coseguro hasta \$250 por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista y entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta después de que se alcanza el deducible de farmacia (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)

Beneficios de la vista cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red	Sus costos si usted usa Proveedor Fuera de la Red
Este documento es una breve descripción de la cobertura de la atención de la vista. Para recibir el beneficio Dentro de la red, usted debe ir a un Proveedor de Blue View Vision. Solo los servicios de atención pediátrica de la vista cuentan para su límite de gastos de bolsillo.		
Examen de la vista para niños (hasta la edad 19) Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.	Sin cargo	Sin cobertura
Examen de la vista para adultos (edad 19 y mayores) Se limita a 1 examen por periodo de beneficios.	Sin cargo	Sin cobertura

Notas:

- Si tiene una visita al consultorio de su médico de atención primaria, especialista o atención de urgencia en un centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio), los beneficios de los Servicios cubiertos se pagarán según los “Servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios”.
- Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Se puede aplicar otra distribución de costos según los servicios prestados. Consulte su Certificado de cobertura para obtener más detalles.
- Los límites para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla, si los hubiera para este plan, no se aplicarán si recibe atención como parte del beneficio para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.
- La cobertura incluye los servicios estándar de conservación de la fertilidad como un servicio de atención de la salud básica que incluye, entre otros, inyecciones, criopreservación y almacenamiento para miembros masculinos y femeninos cuando un tratamiento necesario por motivos médicos puede causar infertilidad iatrogénica. La distribución de costos de los miembros para los servicios de conservación de la fertilidad se basa en el tipo de proveedor y el servicio prestado.
- Las afirmaciones sobre los beneficios que se incluyen en este documento están sujetas a cambios y a la aprobación de la California Department of Managed Health Care (DMHC).

Este resumen de beneficios es una breve descripción de la cobertura, diseñado para ayudarlo en el proceso de selección. En él no se reflejan todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que corresponden a la cobertura. Para obtener más detalles, limitaciones y exclusiones importantes, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) formal. Si hubiese alguna diferencia entre este resumen y el La Evidencia de Cobertura (EOC), el Evidencia de Cobertura (EOC), prevalecerá.

Los beneficios del plan Anthem Blue Cross HMO están cubiertos únicamente cuando el médico de atención primaria proporciona o coordina los servicios y el grupo médico participante o la Asociación de Prácticas Independientes (IPA) los autoriza, excepto los servicios de un ginecólogo obstetra recibidos dentro del grupo médico del miembro o IPA, y los servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC.

Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Independent licensee of the Blue Cross Association. ® ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.

Preguntas: (855) 333-5730 o visite www.anthem.com/ca

Se ha dejado en blanco
intencionalmente

Get help in your language

Language Assistance Services

Curious to know what all this says?

We would be too. Here's the English version:
IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternative formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos pedirle a alguien que le ayude a leerla. También es posible que pueda solicitar que le enviemos esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711).

Arabic

هام: هل تستطيع قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، يمكننا أن نطلب من شخص ما مساعدتك في قراءتها. قد تتمكن أيضاً من الحصول على هذه الرسالة مكتوبة بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية، يرجى الاتصال على الفور على الرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք առաջարկել որևէ մեկի օգնությունը՝ ձեզ համար այն կարդալու համար: Դուք կարող եք նաև այս նամակը ստանալ ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել՝ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Chinese

重要：您能看此信嗎？如果不能，我們可以請人幫您看。您還可以獲得以您的語言寫的此信件。如需免費幫助，請立即致電 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Farsi

ما، توانیدمی اگر بخوانید؟ را نامه این توانید می آیا مهم. کند کمک شما به آن خواندن در بخواهیم شخصی از توانیممی زبان به و کتبی صورت به را نامه این بتوانید است ممکن همچنین با فوراً لطفاً، رایگان کمک دریافت برای. کنید دریافت خودتان تماس (TTY/TDD: 711) 1-888-254-2721. شماره بگیرید.

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में किसी की मदद ले सकते हैं। यह पत्र आप अपनी भाषा में भी लिखवा सकते हैं। निःशुल्क सहायता के लिए, कृपया तुरंत 1-888-254-2721 पर कॉल करें। (टीटीवाई/टीडीडी:711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas nyeem tau daim ntawv no? Yog tias tsis tau, peb muaj qee tus neeg pab nyeem nws rau koj. Koj los kuj yuav tau txais ib daim ntawv sau ua kom yam lus. Rau kev pab dawb, thov hu tam sim ntawm 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japanese

重要：この文書を読むことができますか？読むことができない場合、支援することが可能です。また、日本語で訳されたこの文書を書面で受け取ることができます。無料の支援をご希望の場合、1-888-254-2721 (TTY/TDD:711) にご連絡ください。

Khmner

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសំបុត្រនេះបានទេ? បើអត់ទេ យើងអាចមានអ្នកជួយអាន។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្រនេះសរសេរជាភាសា របស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទមកភ្លាមៗតាមរយៈលេខ 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Korean

중요: 이 편지를 읽으실 수 있으신가요?
 그렇지 않으신 경우, 이를 읽으실 수 있도록
 도움을 제공해 드릴 수 있습니다. 귀하의
 모국어로 된 편지를 우편으로 받아보실 수도
 있습니다. 무상으로 제공되는 도움이
 필요하신 경우, 1-888-254-2721번으로 바로
 연락해 주십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ
 ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ
 ਇਸ ਚਿੱਠੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।
 ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਇਸ 'ਤੇ ਕਾਲ
 ਕਰੋ 1-888-254-2721। (TTY/TDD: 711)

Russian

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Можете ли
 вы прочитать данное письмо? Если нет,
 наш специалист поможет вам в этом.
 Вы также можете получить данное
 письмо на вашем языке. Для получения
 бесплатной помощи звоните по номеру
 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

MAHALAGA: Mababasa mo ba ang
 sulat na ito? Kung hindi, mayroon kaming
 makakatulong sa iyo na basahin ito.
 Maaari mo ring makuha ang sulat na ito
 nang nakasulat sa iyong wika. Para sa
 libreng tulong, mangyaring tumawag
 kaagad sa 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Thai

สำคัญ: คุณสามารถอ่านจดหมายนี้ได้หรือไม่
 หากคุณอ่านจดหมายนี้ไม่ได้ เราสามารถขอให้
 ใครสักคนช่วยคุณอ่านได้ คุณสามารถร้องขอ
 จดหมายนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้เช่นกัน
 หากต้องการความช่วยเหลือแบบไม่มีค่าใช้จ่าย
 โปรดโทรหาเราได้ทันทีที่ 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có đọc được lá thư
 này không? Nếu không, chúng tôi có thể
 nhờ ai đó giúp quý vị đọc. Quý vị cũng có
 thể yêu cầu thư này viết bằng ngôn ngữ
 của quý vị. Để được trợ giúp miễn phí,
 hãy gọi ngay đến số 1-888-254-2721.
 (TTY/TDD: 711)

Es importante que lo tratemos de manera justa

Respetamos las leyes federales y estatales de derechos civiles en nuestras actividades y programas de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Para quienes el inglés no es su idioma primario (o tienen un nivel de dominio del inglés limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas, de manera oportuna, a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si cree que fallamos en algún aspecto o para obtener más información sobre los procedimientos de reclamo, puede enviar una queja por correo a: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279, o si considera que lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, puede enviar una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>