

Este resumen de beneficios ha sido actualizado para cumplir con los requisitos federales y estatales, incluidas las disposiciones aplicables de la reforma a las leyes federales para la atención médica aprobada recientemente. A medida que recibamos orientación adicional y aclaraciones sobre las reformas a las leyes federales de atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos, del Departamento de Trabajo y del Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos, es posible que se nos exija que efectuemos cambios adicionales en este resumen de beneficios. El presente resumen de beneficios propuesto está sujeto a la aprobación del Departamento de Seguros de California y del Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Los beneficios de Anthem Blue Cross HMO están cubiertos únicamente cuando el médico de cabecera proporciona o coordina los servicios y el grupo médico participante o la Asociación de Práctica Independiente (IPA) los autoriza, excepto los servicios brindados según el programa "ReadyAccess", los servicios de un obstetra/ginecólogo recibidos dentro del grupo médico del miembro o IPA, y los servicios para todos los trastornos mentales o nerviosos y el abuso de sustancias. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la Póliza.

**Copago máximo anual:** individual \$1,500; por dos personas \$3,000; familiar \$4,500

El siguiente copago no se aplica al copago máximo anual: para servicios de infertilidad. Después de que se haya alcanzado el copago máximo anual para la atención médica o los medicamentos recetados durante un año calendario, el miembro individual o la familia ya no estarán obligados a pagar un copago o coseguro para atención médica o medicamentos recetados durante el resto de ese año. El miembro sigue siendo el responsable de los gastos no cubiertos y los servicios de infertilidad.

Servicios cubiertos	Copago por miembro
<b>Servicios médicos para pacientes internados</b>	
➤ Habitación privada o semiprivada, en caso de ser médicamente necesario; comidas y dietas especiales; servicios y suministros, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Unidades de atención especial</li> <li>– Salas de operaciones y salas de tratamiento especial</li> <li>– Cuidado de enfermería</li> <li>– Fármacos, medicamentos y oxígeno administrados en el hospital</li> </ul>	\$300/admisión
➤ Sangre y hemoderivados	Sin copago
<b>Servicios médicos para pacientes ambulatorios</b> <i>(los servicios recibidos en un hospital, que no sean los servicios de la sala de emergencias o en cualquier centro afiliado a un hospital)</i>	
➤ Cirugía y suministros para pacientes ambulatorios	\$100/visita
➤ Radiografías y procedimientos de laboratorio para diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tomografía computarizada o tomografía axial computarizada, imágenes por resonancia magnética o ecografía cardíaca nuclear</li> <li>– Tomografía por emisión de positrones</li> <li>– Todos los demás tipos de radiografías y análisis clínicos <i>(incluidas mamografías y ecografías)</i></li> </ul>	Sin copago
➤ Radioterapia, quimioterapia y tratamiento de hemodiálisis	Sin copago
➤ Terapia física, terapia ocupacional o del habla a corto plazo <i>(se limitan a un periodo de 60 días de atención después de una enfermedad o lesión; visitas adicionales disponibles cuando son aprobadas por el grupo médico)</i>	Sin copago
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	
➤ Cirugía y suministros para pacientes ambulatorios	\$100/visita
<b>Centros de enfermería especializada</b> <i>(límite de 100 días/año calendario; el límite no se aplica a salud mental y abuso de sustancias)</i>	
➤ Todos los servicios y suministros necesarios <i>(excepto los medicamentos ambulatorios)</i>	Sin copago
<b>Atención a enfermos terminales</b> <i>(servicios para pacientes internados o ambulatorios para miembros; servicios de duelo familiar)</i>	
Sin copago	
<b>Atención médica domiciliaria</b>	
➤ Visitas a domicilio en caso de que sean solicitadas por el médico de cabecera <i>(se limita a 100 visitas/año calendario; una visita realizada por un asistente sanitario a domicilio equivale a cuatro horas o menos)</i>	\$25/visita

Servicios cubiertos	Copago por miembro
<b>Servicios médicos profesionales</b>	
➤ Visitas en el consultorio y a domicilio	\$25/visita
➤ Visitas en el hospital	Sin copago
➤ Visitas en el centro de enfermería especializada	Sin copago
➤ Especialistas y asesores	\$40/visita
<b>Terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla a corto plazo, o atención quiropráctica cuando es solicitada por el médico de cabecera</b> <i>(se limitan a un periodo de 60 días de atención después de una enfermedad o lesión; visitas adicionales disponibles cuando son aprobadas por el grupo médico)</i>	\$25/visita
<b>Acupuntura</b>	\$25/visita
<b>Servicios quirúrgicos</b>	
➤ Cirujano y asistente quirúrgico	Sin copago
➤ Médico anesthesiólogo o anestesista	Sin copago
<b>Servicios médicos generales</b> <i>(cuando se proporcionan en una instalación que no es parte de un hospital)</i>	
➤ Procedimientos de laboratorio y radiografías de diagnóstico	
— Tomografía computarizada o tomografía axial computarizada, imágenes por resonancia magnética o ecografía cardíaca nuclear	Sin copago
— Tomografía por emisión de positrones	Sin copago
— El resto de las radiografías y pruebas de laboratorio <i>(incluye mamografías, pruebas de Papanicolaou y pruebas de detección de cáncer de próstata)</i>	Sin copago
➤ Radioterapia, quimioterapia y tratamiento de hemodiálisis	Sin copago
<b>Otros servicios médicos</b>	
➤ Dispositivos prostéticos	Sin copago
➤ Equipo médico duradero, incluidos dispositivos para la audición <i>(existe un beneficio de dispositivos para la audición disponible sobre la base de un dispositivo para la audición por oído cada tres años; se cubren sin cargo un extractor de leche y suministros bajo la atención preventiva)</i>	Sin copago
<b>Servicios de atención preventiva</b> <i>Servicios de atención preventiva, incluidas* revisiones físicas, exámenes de detección con fines preventivos (incluidos exámenes de detección de cáncer, virus del papiloma humano [VPH], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y visión, inmunizaciones, educación sanitaria, servicios de intervención, pruebas de VIH) y atención preventiva adicional para mujeres prevista en las directivas respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios.</i>	
*Esta lista no es exhaustiva. Este beneficio incluye todos los servicios de atención preventiva exigidos por las leyes federales y estatales.	Sin copago
<b>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</b>	
➤ Inmunizaciones específicas	Sin copago
➤ Pruebas y tratamiento de alergias <i>(incluso los sueros)</i>	\$25/examen
➤ Servicios médico-sociales	Sin copago
➤ Programas de educación sanitaria seleccionados	Cargo posible
<b>Atención de emergencia</b>	
<b>En el área (a 20 millas del grupo médico) y fuera del área</b>	
➤ Servicios médicos y profesionales	Sin copago
➤ Servicios de sala de emergencias del hospital para pacientes ambulatorios	\$150/visita <i>(se cancela si el paciente es admitido)</i>
➤ Servicios hospitalarios para pacientes internados	Sin copago
<b>Servicios de ambulancia</b>	
➤ Transporte terrestre o aéreo en ambulancia cuando sea médicamente necesario, incluidos los servicios y suministros médicos	Sin copago

Servicios cubiertos	Copago por miembro
<b>Atención de embarazo y maternidad</b>	
<b>Visitas al consultorio</b>	
➤ Cuidados prenatales y puerperales	\$25/visita
➤ Complicaciones del embarazo o abortos	\$25/visita
<b>Parto normal o cesárea, incluidos:</b>	
➤ Servicios hospitalarios y servicios auxiliares para pacientes internadas	Sin copago
➤ Atención de enfermería de rutina	Sin copago
➤ Servicios del médico <i>(solo para pacientes internadas)</i>	Sin copago
<b>Complicaciones del embarazo o aborto, incluidos:</b>	
➤ Servicios hospitalarios y servicios auxiliares para pacientes internadas	Sin copago
➤ Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorias	Sin copago
➤ Servicios del médico <i>(solo para pacientes internadas)</i>	Sin copago
<b>Abortos <i>(incluye medicamentos abortivos recetados [mifepristona])</i></b>	Sin copago
<b>Pruebas genéticas del feto</b>	Sin copago
<b>Servicios de planificación familiar</b>	
➤ Estudios y pruebas de infertilidad	50% de los gastos cubiertos <sup>1</sup>
➤ Esterilización de la mujer <i>(incluidos ligadura de trompas, asesoramiento y consultas)</i>	Sin copago
➤ Esterilización del hombre	\$100
➤ Asesoramiento y consultas	\$25/visita
<b>Trasplante de órganos y tejidos</b>	
➤ Atención a pacientes internados	Sin copago
➤ Visitas al consultorio médico <i>(incluye atención primaria, atención de especialistas y asesoramiento)</i>	\$25/visita
<b>Trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias</b>	
➤ Atención en un centro <i>(sujeto a revisión de utilización; se cancela para admisiones de emergencia)</i>	\$300/admisión
➤ Visitas médicas a pacientes internados	Sin copago
➤ Atención médica en un centro para pacientes ambulatorios	Sin copago
➤ Visitas al consultorio médico <i>(el tratamiento médico del comportamiento para autismo o trastorno pervasivo del desarrollo está sujeto a una revisión previa al servicio)</i>	Copago de \$25
<b>Programa para dejar de fumar</b>	Sin copago

<sup>1</sup> No se aplica al copago máximo anual

Este Resumen de beneficios es una breve revisión de los beneficios. Una vez inscriptos, los miembros recibirán un Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, que explica detalladamente las exclusiones y limitaciones, así como toda la variedad de servicios cubiertos por el plan.

# Premier HMO: exclusiones y limitaciones

**Atención no aprobada.** Atención de un proveedor de atención médica sin la aprobación del médico de cabecera, excepto los servicios de emergencia o la atención urgente.

**Atención sin cobertura.** Servicios recibidos antes de que el miembro estuviera cubierto por el plan o después de finalizar la cobertura.

**Atención no incluida.** Servicios no mencionados como cubiertos por este plan.

**Atención no necesaria.** Todo servicio o suministro que no sea médicamente necesario.

**Delito o energía nuclear.** Todos los problemas de salud ocasionados: (1) mientras se comete o se intenta cometer un delito grave; siempre que las lesiones no sean producto de una afección médica o de un acto de violencia doméstica; o (2) por energía nuclear, cuando el gobierno puede pagar el tratamiento.

**Experimental o de investigación.** Todo procedimiento o medicamento de carácter experimental o de investigación. Sin embargo, si al miembro se le deniegan los beneficios porque se determina que el tratamiento solicitado tiene carácter experimental o de investigación, éste puede solicitar que una organización de revisión médica independiente evalúe la situación, conforme a lo descrito en la Evidencia de cobertura (EOC).

**Tratamiento brindado por el gobierno.** Todo servicio que el miembro haya recibido por parte de agencias gubernamentales locales, estatales o federales, salvo cuando los beneficios de este plan deban proporcionarse por ley. No cubriremos el pago de estos servicios si el miembro no está obligado a pagarlos o si los recibe gratuitamente.

**Servicios brindados por proveedores que no pertenecen a Anthem Blue Cross HMO.** Estos servicios no estarán cubiertos, a menos que el médico de cabecera derive al miembro, excepto en caso de emergencias o atención urgente.

**Servicios que no deben pagarse.** Servicios que el miembro no debe pagar o que se le brindan sin cargo, excepto aquellos que el miembro haya recibido en un hospital benéfico de investigación (que no pertenezca al gobierno). Este hospital debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser reconocido a nivel mundial por dedicarse a la investigación médica.
2. Destinar al menos el 10% de su presupuesto anual a investigaciones que no estén directamente relacionadas con la atención del paciente.
3. Obtener 1/3 de sus ingresos de donaciones o subvenciones (que no sean entregas de dinero o pagos por atención del paciente).
4. Aceptar pacientes que no tengan recursos para pagar.
5. Atender a pacientes con afecciones directamente relacionadas con las investigaciones del hospital (al menos dos tercios de sus pacientes).

**En relación con el trabajo.** Atención por problemas de salud que estén relacionados con el trabajo si dichos problemas de salud están o pueden estar cubiertos por una ley de compensación para trabajadores, de responsabilidad del empleador u otra ley similar. Brindaremos atención para problemas de salud relacionados con el trabajo, pero tenemos derecho a solicitar el reembolso de los gastos de atención. Consulte "Responsabilidades de terceros" a continuación.

**Acupresión.** Acupresión o masajes para controlar el dolor, para tratar una enfermedad o para promover la salud por medio de la aplicación de presión en una o más zonas del cuerpo.

**Equipos de aire acondicionado.** Purificadores de aire, equipos de aire acondicionado o humidificadores.

**Dispositivos para el control de la natalidad.** Todos los recursos necesarios para el control de la natalidad que se pueden obtener sin una receta del médico, como condones.

**Sangre.** No se proporcionan beneficios para la recolección, el procesamiento y el almacenamiento de sangre autodonada, a menos que se recolecte específicamente para un procedimiento quirúrgico programado y cubierto.

**Frenos y otros aparatos o servicios de ortodoncia** para el enderezamiento de los dientes (servicios de ortodoncia).

**Ensayos clínicos.** Servicios y suministros relacionados con ensayos clínicos, excepto en la medida en que se especifiquen como cubiertos en la EOC.

**Consultas por teléfono o fax.**

**Programas comerciales para bajar de peso.** Programas para perder peso, aunque la participación se realice bajo supervisión *médica*, salvo que se mencionen específicamente como cubiertos en este *plan*.

Esta exclusión abarca, entre otros, los programas comerciales para bajar de peso (Weight Watchers, Jenny Craig, LA Weight Loss) y los programas de ayuno.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento *médicamente necesario* para la obesidad mórbida o para el tratamiento de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

**Cirugía cosmética.** Cirugías u otros servicios prestados únicamente para que el miembro: se embellezca, mejore su apariencia o modifique, o remodele las partes o los tejidos normales del cuerpo. Esto no se aplica a cirugías reconstructivas que el miembro pueda necesitar por los siguientes motivos: poder volver a usar una parte del cuerpo, una reconstrucción de mamas después de una mastectomía, corregir o reparar una deformidad causada por defectos de nacimiento, anomalías del desarrollo, lesiones o enfermedades con el fin de mejorar el funcionamiento o la sintomatología o de lograr una apariencia normal. La cirugía cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones psicológicas ni psiquiátricas.

**Atención bajo custodia o curas de reposo.** Cargos de comida y alojamiento para la internación en el hospital cuya finalidad sea, principalmente, brindar un cambio de entorno o lograr que el miembro se sienta mejor. Servicios brindados por una casa de reposo, un hogar para personas mayores o cualquier lugar similar.

**Servicios o suministros dentales.** Dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas o prótesis dentales, implantes dentales, servicios dentales, extracciones o tratamiento de dientes o encías. Cirugía dental cosmética u otros servicios dentales para fines de embellecimiento.

**Suministros para diabéticos.** Suministros de venta con receta y de venta libre para diabéticos, excepto en la medida en que se especifiquen como cubiertos en la EOC.

**Ejercicios oculares o servicios y suministros para la corrección de la visión.** Servicios optométricos, ejercicios oculares y ortóptica, excepto los exámenes oculares para verificar si el miembro necesita corregir la visión. Los anteojos y los lentes de contacto no están cubiertos. El ajuste de lentes de contacto no está cubierto.

**Cirugía ocular para corregir defectos refractivos.** Toda cirugía ocular para corregir la visión (como la miopía o el astigmatismo). Los lentes de contacto y los anteojos necesarios después de esta cirugía.

**Suplementos alimenticios o dietéticos.** Suplementos alimentarios o nutricionales, salvo lo establecido por este *plan* o requerido por ley. Esta exclusión incluye, entre otras, las fórmulas nutricionales y los suplementos dietéticos de venta libre, cuya adquisición no requiere por ley una receta escrita ni que los dispense un farmacéutico autorizado.

**Membresías de centros de entrenamiento.** Membresías de centros de entrenamiento, equipo para hacer ejercicio, cargos de un instructor de acondicionamiento físico o un entrenador personal, o cualquier otro cargo por actividades, equipos o instalaciones utilizados para el desarrollo o el mantenimiento del nivel de acondicionamiento físico, aunque hayan sido estipulados por un *médico*. Esta exclusión también se aplica a los centros de salud (spa).

**Dispositivos para la audición.** Dispositivos para la audición o servicios para ajustar o fabricar dichos dispositivos, excepto en la medida en que se especifiquen como cubiertos en la EOC.

**Inmunizaciones.** Inmunizaciones necesarias para viajar fuera de los EE. UU.

**Tratamiento para la infertilidad.** Todos los tratamientos para la infertilidad, incluida la inseminación artificial o la fertilización in vitro, el banco de esperma y las pruebas de laboratorio relacionadas.

**Programas relacionados con el estilo de vida.** Programas para ayudar a que el miembro cambie la forma en que vive, como centros de acondicionamiento físico o programas de dietas. Esto no se aplica a los programas de rehabilitación cardíaca aprobados por el grupo médico.

**Trastornos mentales o nerviosos.** Pruebas de índole académica o educativa y sesiones de asesoramiento. Resolución de problemas académicos o educativos, salvo que se los estipule como cubiertos en la EOC.

**Medicamentos sin receta.** Medicamentos o fármacos de venta libre sin receta.

**Calzado ortopédico.** Calzado ortopédico y plantillas. Esta exclusión no se aplica a calzado ortopédico utilizado como parte integral de un aparato ortopédico, plantillas moldeadas y personalizadas para el paciente, o calzado y plantillas terapéuticas diseñadas para tratar complicaciones en los pies debido a la diabetes, según se establece específicamente en la EOC.

**Medicamentos para pacientes ambulatorios.** Medicamentos o fármacos recetados para pacientes ambulatorios, incluida la insulina.

**Cuidado personal y suministros.** Servicios para el cuidado personal, por ejemplo: asistencia para caminar, bañarse, vestirse, alimentarse o preparar comida. Todo suministro para la comodidad, la higiene o el embellecimiento.

**Contratos privados.** Servicios o suministros proporcionados de conformidad con un contrato privado celebrado entre el miembro y un proveedor, para el que se prohíben los resarcimientos en virtud del programa Medicare, tal como se especifica en la sección 1802 (42 U.S.C. 1395a) del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social.

**Exámenes de rutina.** Pruebas o exploraciones físicas o exámenes psicológicos de rutina solicitados por un empleo u otro grupo, como escuelas, campamentos o programas deportivos.

**Prótesis capilares.** Prótesis capilares, como las pelucas y otras formas de reemplazo del cabello.

**Problemas sexuales.** Tratamiento de cualquier problema sexual, a menos que se deba a un problema médico, un defecto físico o una enfermedad.

**Reversión de la esterilización.** Cirugía realizada para revertir una esterilización.

**Servicios de alquiler de vientre.** Todo servicio o suministro proporcionado a una persona que no esté cubierta por el plan en relación con un alquiler de vientre (que incluye, entre otros, una mujer que da a luz a un niño para una pareja infértil).

**Responsabilidad de terceros.** Anthem Blue Cross tiene el derecho a recibir el reembolso de los beneficios pagados si el miembro obtiene un resarcimiento por daños y perjuicios a expensas de una tercera parte responsable legalmente.

**Coordinación de beneficios.** Los beneficios de este plan pueden reducirse si el miembro posee cualquier otra cobertura grupal para servicios dentales o médicos, de manera que los servicios recibidos mediante todas las coberturas grupales no excedan el 100% del gasto cubierto.

**Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatario independiente de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.**