

EmployeeElect



# Planes de atención médica EmployeeElect

Diseñados para empresas con 2 a 50 empleados  
Personaliza tus elecciones. Controla tus costos.

Ayudamos a tus empleados a estar sanos todo el año

## Cobertura de atención médica.

### Sabes lo que tiene para tus empleados. ¿Pero sabes lo que tiene para ti?

#### La cobertura médica trabaja en tu propio beneficio. Así de simple.

Tienes empleados que trabajan para ti. ¿Por qué no tener una cobertura médica que también lo haga?

- Más ventajas tributarias.
- Menos días por enfermedad.
- Más motivos para que los empleados preciado no se vayan.
- Y mucho más control sobre lo que pagas.

Estas son solo algunas de las razones por las cuales la cobertura médica trabaja en tu propio beneficio, especialmente cuando trabajas con Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

#### Puedes controlar todo el dinero... y elegir lo que tenga sentido.

Tienes que hacer lo que tenga sentido para tu empresa; por lo tanto, Anthem Blue Cross te ofrece muchas maneras de controlar cuánto gastarás. Eliges cuáles planes quieres ofrecer y cuánto quieres contribuir y le das a tu empresa ventajas inestimables. ¿Por qué? Porque hemos personalizado los planes y creado opciones de control de costos específicamente para empresas tales como la tuya.

#### Ponte cómodo y relájate, y deja que nuestras soluciones trabajen para ti.

Asegúrate de confiar en el asesoramiento experto de tu agente de Anthem Blue Cross, así puedes comenzar hoy mismo.

## Información general sobre las ventajas de EmployeeElect:

- **Una variedad completa** de planes compatibles con HSA, HMO y PPO.
- **Algo es seguro:** si la tuya es una empresa pequeña de California que cumple con los requisitos, tienes la cobertura garantizada, independientemente de los antecedentes médicos de cualquiera de los empleados. Además, no se te puede cobrar más del 10% sobre la tarifa estándar, y de hecho podrías pagar hasta un 10% **por debajo** de la tarifa estándar.
- **Ofrece solo un plan, una combinación de algunos planes o todos los planes:** el diseño de tu cartera depende de ti.
- **Tú controlas el flujo de efectivo:** simplemente elige la opción de contribución del empleador que te resulte y tus empleados pagarán el resto mediante deducciones de la nómina:
  - *Fija en dólares:* pagas \$100 o más (en incrementos de \$5)
  - *Tradicional:* pagas el 50% o más
  - *Porcentaje y plan:* pagas el 50% o más, sujeto a un plan específico\*
- **Tarifas garantizadas** y beneficios para tu primer año de cobertura.
- **Práctica herramienta en Internet** para un mantenimiento sencillo durante todo el año.
- **Soluciones que dan resultados** para ti y tus empleados, según nuestra experiencia, solidez y estabilidad.

## ¿Prefieres no pagar el total de la cuenta?

No tienes que pagar el costo total de la cobertura médica. Tú eliges el monto que pagas y cuánto correrá por cuenta de tus empleados.

\*No incluye el plan Basic PPO

## 360° Health®: una parte valiosa de cada plan, todo el año.

En pocas palabras, 360° Health te brinda un modo de ayudar a tus empleados a estar lo más sanos posible. Compuesto por un amplio conjunto de programas y servicios que trabajan en forma conjunta para ayudar a lograr resultados óptimos en la salud, 360° Health ofrece acceso a lo siguiente:

- Recursos en Internet, entre ellos, herramientas útiles para tomar decisiones
- Programas de salud interactivos
- Descuentos en productos vinculados con la salud

Tus empleados también apreciarán los programas personalizados que ayudan a administrar y coordinar la atención para más de 40 afecciones crónicas. 360° Health puede ayudar a tus empleados en todas las etapas de sus vidas y dondequiera que se encuentren en la escala de salud.

Importante: Para los planes Lumenos®, los programas 360° Health pueden variar.

### ¿Te desagrada poner el cartel de "se busca empleado"?

Como gerente de riesgos profesional, imagina tu balance general luego de ofrecer cobertura médica. Retendrás empleados felices y sanos, y gastarás tu precioso tiempo creciendo en vez de entrevistando candidatos.



## Dental, seguro de vida y compensación del trabajador Completa tu paquete de beneficios y completa tus ahorros.

**Anthem Blue Cross ofrece un paquete de beneficios completo para tus empleados... y espectaculares oportunidades de ahorro para ti.**

- **1% de ahorro en el plan médico:** cuando compras \$25,000 o más en seguro de vida junto con la cobertura médica, reúnes los requisitos para obtener un ahorro del 1% \* en la prima de tu plan médico, lo que vuelve el seguro de vida más asequible que nunca.
- **6% de ahorro en el seguro de vida más 6% de ahorro en la cobertura dental:** cuando compras \$25,000 o más en seguro de vida y al mismo tiempo cualquiera de nuestros planes dentales asegurados, recibes un ahorro del 6% en la prima de tu seguro de vida y del 6% en la prima de tu plan dental. Eso además del 1% de ahorro en la prima de tu plan médico.

\* 90 es el mejor factor de ajuste de riesgo disponible

**Compensación del trabajador: tú la necesitas, nosotros la tenemos, con un descuento ya incorporado.**

Así es: cuando integras la cobertura de compensación para el trabajador de Employers Compensation Insurance Company con cualquiera de nuestros planes médicos, obtienes un descuento automático del 10% de la parte de compensación para el trabajador SFlbde tu cuenta.

Es posible que reúnas los requisitos para obtener ahorros adicionales en la prima de tu plan médico. Consulta a tu agente de Anthem Blue Cross sobre estas increíbles oportunidades de ahorro.



### ¿Buscas algunas ventajas tributarias?

El ofrecimiento de cobertura médica para tus empleados puede ser un 100% deducible de tus impuestos a las ganancias tanto federales como estatales. Y es posible que puedas deducir otros costos relacionados con la cobertura, tales como las contribuciones hechas en las cuentas de ahorro para la salud de tus empleados. Para obtener más información, consulta a tu asesor impositivo.

## EmployerAccess

### **Un modo sencillo de manejar todo el año los beneficios médicos de tu empresa.**

Con nuestra herramienta EmployerAccess de administración de beneficios por Internet, puedes llevar a cabo funciones simples de beneficios de modo rápido y cómodo, y en tiempo real.

Esto es lo que puedes hacer:

- Ver la cobertura de tus empleados
- Inscribir empleados y dependientes
- Cambiar o cancelar cobertura para empleados y dependientes
- Solicitar tarjetas de identificación
- Ver facturas abiertas
- Pagar cuentas por Internet
- Programar pagos
- Administrar las cuentas bancarias que usas para hacer los pagos
- Ver las facturas de los últimos 12 meses

Logra más control y disfruta de los beneficios de administrar tu cobertura médica, dental, de la vista y de seguro de vida en una experiencia por Internet integrada. Visita [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca) o pídele más detalles a tu agente de Anthem Blue Cross.

### **¿Quieres ahorrar todavía más?**

Pregúntale a tu agente de Anthem Blue Cross acerca de los plan Premium Only Plan (P.O.P.).

Un P.O.P. te permite utilizar dinero del salario bruto para pagar la parte de tus empleados de las primas de los beneficios. Y los empleados reducen sus ingresos gravables, lo cual baja sus impuestos y aumenta su sueldo neto. Tú reduces los impuestos deducidos por nómina al disminuir tu nómina total gravable. Todos ganan... y ahorran.

- Con Ceridian Benefits Services, el costo de un plan Premium Only Plan es solo de \$125 por año.
- Tu primer año podría ser gratuito si tienes 10 o más empleados que se inscriban en seguro médico y de vida.

Habla con tu asesor impositivo para conocer todas las ventajas.

**¡Ya estás ahorrando tiempo y dinero, y aún no has comenzado!  
¿Estás interesado?**

## ¿Cuáles son tus prioridades?

La cartera EmployeeElect te da lo último en flexibilidad y una amplia gama de planes entre los cuales elegir, entre ellos PPO, HSA (planes de salud orientados al consumidor) y HMO. Para ayudarte a comprender mejor tus opciones, hemos separado nuestros planes en seis categorías:

- Protección asequible
- Beneficio económico y sentido común
- Primero lo más importante
- Equilibrio ideal
- Simple y coherente
- Diseños superiores

### Primero

Utiliza las cuadrículas de las siguientes páginas para comenzar a crear el paquete de beneficios médicos de tu empresa. Considera tus prioridades y observa cuáles planes se adecuan a esas necesidades. Compara los beneficios clave y los precios relativos.

### A continuación

Consulta el número de página indicado en la primera columna para obtener información más detallada acerca del plan. Antes de hacer las selecciones finales, asegúrate de analizar las exclusiones y limitaciones al final de este folleto y los folletos del resumen de prestaciones de los planes elegidos.

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

### Protección asequible

Nuestros PPO más asequibles proveen una protección sólida a precios económicos.

Consulta las páginas 10 y 11

### Beneficio económico y sentido común

Estos planes PPO compatibles con la cuenta HSA ofrecen una cobertura médica integral y una sabia estrategia financiera, todo en uno.

Consulta las páginas 12 y 13

### Primero lo más importante

Estos planes te ofrecen cobertura total para muchos de los servicios que más necesitas.

Consulta las páginas 14 y 15

PLANES	Deducible anual
Basic PPO**	\$1,250
Saver PPO**	\$500 Consulta las páginas 10 y 11 para conocer detalles
PPO \$45 de copago GenRx**	\$750
PPO \$35 de copago GenRx**	\$500
PPO 3500 (compatible con la cuenta HSA)**	\$3,500 (médico/farmacia combinados)
PPO 2400 (compatible con la cuenta HSA)**	\$2,400 (médico/farmacia combinados)
Lumenos HSA 3000** (compatible con la cuenta HSA)	\$3,000 (médico/farmacia combinados)
Plan EPO de deducible alto*	\$2,000 (médico/farmacia combinados)
Lumenos HSA 1500** (compatible con la cuenta HSA)	\$1,500 (médico/farmacia combinados)
Power HealthFund 500**	Primero el plan paga \$500, luego el miembro paga un deducible de \$1,000
Power HealthFund 750**	Primero el plan paga \$750, luego el miembro paga un deducible de \$500
Lumenos HIA Plus 3000**	Asignación del plan de incentivo médico \$1,000 por miembro soltero (se aplica al deducible). Deducible anual de \$3,000 por miembro soltero (médico/farmacia combinados) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Si la fecha de entrada en vigencia no es el 1 de enero, el primer año la cobertura total se calcula proporcionalmente.

## BENEFICIOS CLAVE

Aquí se muestran los costos para miembros dentro de la red.

Para conocer los costos por familia y detalles más completos de los beneficios, consulta las páginas indicadas en la primera columna

Máximo en efectivo anual	Visitas al consultorio	Medicamentos recetados	Gastos de hospital para pacientes hospitalizados	PRECIO RELATIVO \$ —————> \$\$\$
Deducible más de \$2,000	Sin cobertura	\$10 genéricos/\$25 de marca Consulta las páginas 10 y 11 para conocer los límites	20% después del deducible	
\$2,000	Cobertura limitada Consulta las páginas 8 y 9 para conocer detalles	\$10 genéricos/\$25 de marca Consulta las páginas 10 y 11 para conocer los límites	20% después del deducible	
\$4,500	\$45 las primeras 12, luego 45%	Solo genéricos: \$15 (Ahorros negociados por Anthem Blue Cross para medicamentos de marca dentro de la red)	45% después del deducible	
\$4,000	\$35 las primeras 12, luego 45%	Solo genéricos: \$15 (Ahorros negociados por Anthem Blue Cross para medicamentos de marca dentro de la red)	35% después del deducible	
\$4,000 (médico/farmacia combinados)	\$35 después del deducible	\$10 genéricos/\$25 de marca después del deducible anual	0% después del deducible	
\$3,600 (médico/farmacia combinados)	\$35 después del deducible	\$10 genéricos/\$25 de marca después del deducible anual	20% después del deducible	
\$3,000 (médico/farmacia combinados)	0% después del deducible No se cobra deducible para servicios de atención preventiva recomendados nacionalmente.	0% después del deducible anual	0% después del deducible	
\$3,100 (médico/farmacia combinados)	20% después del deducible	\$10 genéricos/\$25 de marca después del deducible anual	20% después del deducible	
\$1,500 (médico/farmacia combinados)	0% después del deducible No se cobra deducible para servicios de atención preventiva recomendados nacionalmente.	0% después del deducible anual	0% después del deducible	
\$5,000	\$40 luego de la cobertura total y el deducible	\$10 genéricos/\$35 de marca luego de un deducible de \$350 por medicamentos de marca	40% luego de la cobertura total y el deducible	
\$5,000	\$35 luego de la cobertura total y el deducible	\$10 genéricos/\$30 de marca luego de un deducible de \$250 por medicamentos de marca	25% luego de la cobertura total y el deducible	
\$3,000 (médico/farmacia combinados)	0% después del deducible No se cobra deducible para servicios de atención preventiva recomendados nacionalmente.	0% después del deducible anual	0% después del deducible	

Los ejemplos de precios relativos para cada plan surgen de las tasas de riesgo promedio para el empleado estándar. Solicita una cotización de los precios reales, que varían según el área geográfica y el perfil de riesgo del grupo.

**Importante:** Estas tablas están concebidas para ayudar a comenzar el proceso de selección, pero no brindan información adecuada para tomar una decisión final. Los beneficios mencionados son costos dentro de la red por miembro, sujetos a deducibles y copagos a menos que se indique lo contrario, y únicamente a efectos de comparación inicial. Para obtener detalles más completos, entre ellos costos por familia, consulta las páginas indicadas en la primera columna. No presentes una solicitud hasta que no hayas analizado el folleto del resumen de prestaciones y la guía de inscripción y ventas de cada plan. Esta es solo una descripción general de alto nivel; consulta el Certificado o los formularios de divulgación y evidencia de cobertura combinados para obtener una descripción completa de la cobertura, los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

\*\*Ofrecido por Anthem Blue Cross. \*\*Ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

## Soluciones que crecen bien a la par de ti...

En Anthem Blue Cross, estamos comprometidos a ayudar a que tu empresa obtenga cobertura y permanezca cubierta.

Prestamos servicios a las empresas pequeñas de California desde hace casi siete décadas, de modo que entendemos algunos de los desafíos particulares que enfrentas. Sabemos que has trabajado con empeño para llegar adonde estás, y que tienes importantes objetivos para el futuro.

Tenemos la fuerza, estabilidad y experiencia para crear soluciones que te sirvan ahora... y a medida que tu empresa necesite cambiar. Y dado que buscamos constantemente nuevas formas de apoyar a las empresas pequeñas, nuestras soluciones crecerán a la par de ti..

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

### Equilibrio ideal

¿Buscas el equilibrio ideal entre un costo intermedio y beneficios integrales? Da una mirada.

*Consulta las páginas 16 y 17*

### Simple y coherente

Los planes HMO son fabulosos si quieres simplificar la toma de decisiones y pagar costos previsible.

*Consulta las páginas 18 y 19*

### Diseños superiores

Estos planes PPO de primerísima calidad tienen grandes beneficios y deducibles bajos.

*Consulta las páginas 20 y 21*

PLANES	Deducible anual
PPO \$40 de copago*	\$500
PPO \$30 de copago*	\$500
Advantage PPO \$25 de copago**	\$250
Power SelectHMO*	\$500
Saver HMO*	\$1,500
Classic HMO*	Ninguno
HMO 100%*	Ninguno
Premier PPO \$20 de copago*	\$250
Premier PPO \$10 de copago*	\$250

## BENEFICIOS CLAVE

Aquí se muestran los costos para el miembro dentro de la red.

Para conocer los costos por familia y detalles más completos de los beneficios, consulta las páginas indicadas en la primera columna.

Máximo en efectivo anual	Visitas al consultorio (no sujeto a deducible)	Medicamentos recetados	Gastos de hospital para pacientes hospitalizados	PRECIO RELATIVO \$ —————> \$\$\$
\$4,500	\$40 las primeras 12, luego 45%	\$15 genéricos/\$25 de marca después del deducible de marca de \$150	40% después del deducible	
\$4,000	\$30 las primeras 12, luego 45%	\$15 genéricos/\$25 de marca después del deducible de marca de \$150	30% después del deducible	
\$3,600	\$25 las primeras 12, luego el 45% hasta \$900; luego el 10% hasta \$3,600	\$15 genéricos/\$25 de marca	30% hasta \$900, luego el 10% hasta \$3,600 después del deducible	
\$2,250	\$25/médico de cabecera; \$35/remisión a especialista	\$15 genéricos/\$25 de marca después del deducible de marca de \$150	10% después del deducible	
\$2,250	\$20	\$10 genéricos/\$25 de marca después del deducible de marca de \$150	Sin cargo después del deducible	
\$1,750	\$20	\$10 genéricos/\$25 de marca después del deducible de marca de \$150	\$250 de copago por admisión	
\$1,750	\$10	\$10 genéricos/\$20 de marca después del deducible de marca de \$150	Sin cargo	
\$3,000	\$20 las primeras 12, luego 40%	\$15 genéricos/\$25 de marca	20% después del deducible	
\$2,500	\$10 las primeras 12, luego 30%	\$10 genéricos/\$20 de marca	10% después del deducible	

**Importante:** Estas tablas están concebidas para ayudar a comenzar el proceso de selección, pero no brindan información adecuada para tomar una decisión final. Los beneficios mencionados son costos dentro de la red por miembro, sujetos a deducibles y copagos a menos que se indique lo contrario, y únicamente a efectos de comparación inicial. Para obtener detalles más completos, entre ellos costos por familia, consulta las páginas indicadas en la primera columna. No presentes una solicitud hasta que no hayas analizado el folleto del resumen de prestaciones y la guía de inscripción y ventas de cada plan. Esta es solo una descripción general de alto nivel; consulta el Certificado o los formularios de divulgación y evidencia de cobertura combinados para obtener una descripción completa de cobertura, beneficios, circunstancias especiales y limitaciones.

\*\*Ofrecido por Anthem Blue Cross. \*\*Ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

Los ejemplos de precios relativos para cada plan surgen de las tasas de riesgo promedio para el empleado estándar. Solicita una cotización de los precios reales, que varían según el área geográfica y el perfil de riesgo del grupo.

## Nuestros planes PPO ofrecen:

- Acceso a más de 53,000 médicos y especialistas de la red PPO de California y a casi 400 hospitales, de modo que es muy posible que los médicos de tus empleados estén en nuestra red.
- El dinero queda en el bolsillo de tus empleados: debido a que hemos negociado tarifas más bajas con los médicos y hospitales de nuestra red, tus empleados ahorran.
- Cobertura fuera del estado: cuando tus empleados viajan, nuestra cobertura médica los acompaña.

# Protección asequible

**Basic PPO:** nuestro plan PPO más asequible te ofrece tranquilidad con una valiosa cobertura únicamente en hospital.

**Saver PPO:** este plan PPO asequible provee cobertura únicamente en hospital y beneficios limitados para servicios profesionales.

**PPO \$45/\$35 de copago GenRx:** planes PPO integrales con beneficios únicamente para medicamentos genéricos a fin de mantener las primas asequibles.

1. Basic PPO y Saver PPO son planes básicos solo de hospital y beneficios profesionales limitados. Algunos servicios cubiertos son limitados.

2. El deducible de \$500 se aplica a servicios profesionales y de establecimientos para pacientes hospitalizados; cirugía ambulatoria en hospital, emergencias médicas, radioterapia, tratamiento de hemodiálisis, terapia de infusión, acupuntura/acupresión, servicios profesionales relacionados con los servicios cubiertos de cirugía ambulatoria en hospital, ambulancia, permanencia en centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y servicios cubiertos de salud mental (consulta la nota 3 acerca del deducible de \$5,000 por separado).

3. El deducible de \$5,000 (separado del deducible de \$500) se comienza a acumular luego de utilizar las primeras visitas al consultorio anuales (2 por adulto/4 por niño) y luego de que el plan pague los beneficios máximos de radiografías y laboratorio de diagnóstico iniciales (para conocer detalles, consulta el Certificado); una vez que el miembro llega al deducible de \$5,000, entonces los cargos por visitas al consultorio, laboratorio de diagnóstico y radiografías y otros gastos cubiertos elegibles se cubren al 100% de los cargos elegibles. Una vez que dos miembros de un grupo familiar llegan al deducible de \$5,000, toda la familia queda cubierta al 100% de los cargos elegibles.

4. Los gastos que contribuyen al máximo en efectivo anual varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Consulta el Certificado de cada plan para conocer todos los detalles.

5. Si un miembro elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente, incluso si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro será responsable del copago del genérico más la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente.

\*Debe realizarse en un establecimiento designado por HealthyCheck<sup>SM</sup>.

## Basic PPO<sup>1</sup>

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

<b>Deducible anual</b>		\$1,250 por miembro Máximo de 2 miembros
<b>Máximo en efectivo anual<sup>4</sup></b>	<b>Dentro de la red</b>	Deducible anual más \$2,000 por miembro, máximo de 2 miembros Dentro y fuera de la red combinados
	<b>Fuera de la red</b>	
<b>Visitas al consultorio</b>	<b>Dentro de la red</b>	Sin cobertura
	<b>Fuera de la red</b>	
<b>Servicios profesionales</b> Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías	<b>Dentro de la red</b>	Servicios profesionales limitados 20% de la tarifa negociada
	<b>Fuera de la red</b>	Servicios profesionales limitados 50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan
<b>Hospital Paciente hospitalizado y ambulatorio</b>	<b>Hospitales participantes</b>	20% de la tarifa negociada (servicios ambulatorios limitados)
<b>Atención de emergencia</b>		
<b>Medicamentos recetados</b>	<b>Dentro de la red</b>	\$10 genéricos, \$25 de marca; 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina; pago máximo anual de \$500 por parte de Anthem Blue Cross con acceso continuado a los precios de farmacia negociados por Anthem Blue Cross una vez alcanzado el máximo <sup>5</sup>
<b>Atención preventiva</b>	<b>Dentro de la red</b>	20% de la tarifa negociada después del deducible anual
		Incluye inmunizaciones para bebés sanos; las pruebas de detección a partir de los 7 años y hasta adultos incluyen una prueba de papanicolaou anual, examen de los senos y mamografía para mujeres y una prueba de antígeno prostático específico para los hombres.
<b>HealthyCheck<sup>SM</sup> *</b> <b>Control médico anual</b>	<b>Dentro de la red</b>	
<b>Examen físico anual</b>		

Saver PPO <sup>1</sup>	PPO \$45 de copago GenRx	PPO \$35 de copago GenRx
Beneficios cubiertos en hospitales y servicios profesionales iniciales <sup>2</sup> : \$500 por miembro, máximo de 2 miembros, el deducible se aplica al máximo en efectivo por año. Servicios profesionales subsiguientes con acceso continuado a los ahorros dentro de la red de Anthem Blue Cross: el miembro paga el 100% de la tarifa negociada hasta \$5,000 por miembro, máximo de 2 miembros. <sup>3</sup>	\$750 por miembro, máximo de 2 miembros No se cobra para visitas al consultorio, pruebas de detección HealthyCheck y copagos para medicamentos recetados; se aplica al máximo en efectivo	\$500 por miembro, máximo de 2 miembros No se cobra para visitas al consultorio, pruebas de detección HealthyCheck y copagos para medicamentos recetados; se aplica al máximo en efectivo
Beneficios cubiertos en hospitales y servicios profesionales iniciales <sup>2</sup> : \$2,000 por miembro, máximo de 2 miembros; incluye deducible anual (dentro y fuera de la red combinados). Servicios profesionales subsiguientes con acceso continuado a los ahorros dentro de la red de Anthem Blue Cross: \$5,000 por miembro. <sup>3</sup>	\$4,500 por miembro, máximo de 2 miembros; incluye deducible anual	\$4,000 por miembro, máximo de 2 miembros; incluye deducible anual
	Anthem Blue Cross paga \$10,000 por los gastos cubiertos del miembro	Anthem Blue Cross paga \$10,000 por los gastos cubiertos del miembro
Primeras 2 visitas por adulto/4 visitas por niño (dentro y fuera de la red combinados): \$20 de copago, no se cobra el deducible. Visitas adicionales: el miembro paga el 100% de la tarifa negociada con acceso continuado a los ahorros de Anthem Blue Cross. <sup>3</sup>	Primeras 12 visitas al consultorio por miembro: copago de \$45 Visitas adicionales: 45% de la tarifa negociada; no sujeto a deducible	Primeras 12 visitas al consultorio por miembro: copago de \$35 Visitas adicionales: 45% de la tarifa negociada; no sujeto a deducible
Primeras 2 visitas por adulto/4 visitas por niño (dentro y fuera de la red combinados): 50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan; no se cobra el deducible. Visitas adicionales: 100% de la tarifa negociada más todos los cargos que la excedan <sup>3</sup>	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan
Servicios cubiertos, entre ellos maternidad: 20% de la tarifa negociada. Laboratorio de diagnóstico y radiografías: 20% de la tarifa negociada (hasta un pago máximo por parte de Anthem Blue Cross de \$500 dentro y fuera de la red combinados); luego el miembro paga el 100% de la tarifa negociada con acceso continuado a los ahorros de Anthem Blue Cross. <sup>3</sup>	45% de la tarifa negociada	35% de la tarifa negociada
Servicios cubiertos, entre ellos maternidad: 50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan. Laboratorio de diagnóstico y radiografías: 50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan (hasta un pago máximo por parte de Anthem Blue Cross de \$500 dentro y fuera de la red combinados); luego el miembro paga el 100% de la tarifa negociada más todos los cargos que la excedan. <sup>3</sup>	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan
20% de la tarifa negociada (servicios ambulatorios limitados)	45% de la tarifa negociada	35% de la tarifa negociada
Copago de \$100 para sala de emergencias por cada visita (no se cobra si se admite al paciente)		
\$10 genéricos, \$25 de marca; 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina; pago máximo anual de \$500 por parte de Anthem Blue Cross con acceso continuado a los precios de farmacia negociados por Anthem Blue Cross una vez alcanzado el máximo. <sup>5</sup>	\$15 genéricos, 30% de la tarifa negociada para los medicamentos genéricos inyectables autoadministrados, salvo insulina (el plan cubre únicamente medicamentos genéricos)	\$15 genéricos, 30% de la tarifa negociada para los medicamentos genéricos inyectables autoadministrados, salvo insulina (el plan cubre únicamente medicamentos genéricos).
20% de la tarifa negociada; no sujeto a deducible anual	\$45 de copago por visita al consultorio (no sujeto a deducible) más el 45% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)	\$35 de copago por visita al consultorio (no sujeto a deducible) más el 35% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)
\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos, no sujeto a deducible anual		
Sin cobertura		

Importante: Los proveedores dentro de la red aceptan las tarifas negociadas por Anthem Blue Cross en concepto de pago total de los servicios cubiertos. Los beneficios mencionados surgen de las tarifas negociadas para proveedores dentro de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar un monto superior al de las tarifas negociadas); los beneficios mencionados para proveedores fuera de la red surgen de cargos razonables y habituales en casos de emergencias médicas; cuando los miembros utilizan un proveedor fuera de la red, deben pagar el correspondiente copago o coseguro, además de cualquier cargo que supere ese monto permitido.

## Es posible que hayas oído hablar de las HSA...

Una cuenta de ahorro para la salud (HSA) es independiente del plan médico y es una forma optativa y conveniente que tienes para pagar los gastos de tu atención médica con ventajas fiscales. Puedes utilizar una cuenta HSA conjuntamente con un plan de salud con deducible alto que reúna los requisitos, tales como los que aparecen aquí. Para asegurarte de que recibes todas las ventajas que tiene para ofrecerte una HSA, te recomendamos hablar con un asesor impositivo.

# Beneficio económico y sentido común

**PPO 2400/3500 (compatibles con la cuenta HSA):** estas soluciones de vanguardia trabajan a la par de una cuenta de ahorro para la salud, y te dan un plan médico y una estrategia financiera todo en uno. Junto con una cobertura PPO integral de deducible alto, tienes la opción de utilizar las ventajas impositivas de una cuenta HSA. Incluso puedes abrir una cuenta HSA en nuestro banco asociado, Chase Bank, al mismo tiempo que te inscribes en el plan médico. ¡Saludable para ti y también para tus finanzas!

**Lumenos HSA 1500/3000:** estos planes compatibles con la cuenta HSA ofrecen cobertura del 100% en atención preventiva, incluso antes de cumplir con el deducible anual. Aprovecha los beneficios de la cobertura PPO integral y, si eliges abrir una cuenta HSA, aprovecha también las ventajas fiscales. Si estás interesado en tener una cuenta HSA en nuestro banco asociado, Mellon Bank, puedes anotarte en un plan Lumenos HSA y al mismo tiempo abrir la cuenta HSA.

**Plan EPO de deducible alto:** este plan Organización de Proveedores Exclusivos ofrece la posibilidad de disfrutar de beneficios PPO únicamente dentro de la red y de las ventajas impositivas que surgen al combinar el plan con una cuenta de ahorro para la salud (HSA). Observa que este plan ofrece cobertura por servicios únicamente en nuestra Red de Organización de Proveedores Exclusivos.

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

<b>Deducible anual<sup>1</sup></b> Médico/farmacia combinados; se aplica en el máximo anual en efectivo	
<b>Máximo en efectivo anual<sup>1,2</sup></b> Médico/farmacia combinados: incluye deducible y coseguro	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Visitas al consultorio</b>	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios profesionales</b> Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Hospital:</b> pacientes hospitalizados y ambulatorios	<b>Hospitales participantes</b>
<b>Medicamentos recetados</b> Los montos indicados son copagos por cada suministro para 30 días comprado en farmacias dentro de la red; sujeto al deducible médico/farmacia combinados	
<b>Atención preventiva</b>	<b>Dentro de la red</b>
Incluye inmunizaciones para bebés sanos; las pruebas de detección a partir de los 7 años y hasta adultos incluyen una prueba de papanicolaou anual, examen de los senos y mamografía para mujeres y una prueba de antígeno prostático específico para los hombres	
<b>HealthyCheck<sup>SM</sup> *</b> Control médico anual	<b>Dentro de la red</b>
<b>Examen físico anual</b>	<b>Dentro de la red</b>

1 El monto por familia es grupal; es decir, una vez que los gastos cubiertos (combinados) elegibles de uno o más miembros de la familia alcanzan este monto, el requisito se cumple para todos los familiares cubiertos.

2 Máximo en efectivo anual: Los gastos que contribuyen al máximo en efectivo anual varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Para conocer todos los detalles consulta el Certificado o el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados de cada plan.

3 Si un miembro elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente, incluso si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro será responsable del copago del genérico más la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente; el monto no se aplica al deducible por medicamento de marca del miembro.

4 El beneficio anual máximo es de \$200 para los miembros cubiertos más de seis meses y de \$100 para los miembros cubiertos seis meses o menos.

\*Debe realizarse en un establecimiento designado por HealthyCheck<sup>SM</sup>.

PPO 3500 (compatible con la cuenta HSA)	PPO 2400 (compatible con la cuenta HSA)	Lumenos HSA 3000 (compatible con la cuenta HSA)	Lumenos HSA 1500 (compatible con la cuenta HSA)	Plan EPO de deducible
Miembro soltero: \$3,500 Familia: \$7,000 grupal dentro y fuera de la red combinados	Miembro soltero: \$2,400 Familia: \$4,800 grupal dentro y fuera de la red combinados	Miembro soltero: \$3,000 Familia: \$6,000 grupal dentro y fuera de la red combinados	Miembro soltero: \$1,500 Familia: \$3,000 grupal dentro y fuera de la red combinados	Miembro soltero: \$2,000 Familia: \$4,000 grupal solo dentro de la red
Miembro soltero: \$4,000 Familia \$7,500 grupal	Miembro soltero: \$3,600 Familia: \$5,500 grupal	Miembro soltero: \$3,000 Familia: \$6,000 grupal	Miembro soltero: \$1,500 Familia: \$3,000 grupal	Miembro soltero: \$3,100 Familia: \$5,700 grupal
		Miembro soltero: \$6,000 Familia: \$12,000 grupal	Miembro soltero: \$3,000 Familia: \$6,000 grupal	Sin cobertura
\$35 de copago después del deducible anual	\$35 de copago después del deducible anual	0% después del deducible (no se cobra deducible para la atención preventiva, que incluye los servicios preventivos recomendados nacionalmente)	0% después del deducible (no se cobra deducible para la atención preventiva, que incluye los servicios preventivos recomendados nacionalmente)	20% de la tarifa negociada luego del deducible anual
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	Sin cobertura
0% después del deducible	20% de la tarifa negociada después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	20% de la tarifa negociada después del deducible
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	Sin cobertura
0% después del deducible	20% de la tarifa negociada después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	20% de la tarifa negociada después del deducible
\$10 genéricos; \$25 de marca <sup>3</sup> ; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (después del deducible)	\$10 genéricos; \$25 de marca <sup>3</sup> ; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (después del deducible)	0% después del deducible	0% después del deducible	\$10 genéricos; \$25 de marca <sup>3</sup> ; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (después del deducible)
Suministro para un máximo de 60 días disponible a través de pedido por correo		Suministro para un máximo de 90 días disponible a través de pedido por correo		Suministro para un máximo de 60 días disponible a través de pedido por correo
\$35 de copago por visita al consultorio (no sujeto a deducible), el plan paga el 100% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos después del deducible	\$35 de copago por visita al consultorio (no sujeto a deducible), más el 20% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos después del deducible.	0% (no sujeto a deducible) Incluye los servicios preventivos recomendados nacionalmente	0% (no sujeto a deducible) Incluye los servicios preventivos recomendados nacionalmente	20% de la tarifa negociada después del deducible
Cada año, los miembros desde 7 años a adultos pueden elegir entre un control médico de HealthyCheck o un examen físico, no sujeto a deducible		No corresponde	No corresponde	\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos, no sujeto a deducible
\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos	\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos			
<b>O BIEN</b>	<b>O BIEN</b>			
\$35 de copago para las visitas al consultorio más cualquier monto de la tarifa negociada que exceda el pago de Anthem Blue Cross <sup>4</sup>	\$35 de copago para las visitas al consultorio más el 20% de la tarifa negociada para los servicios cubiertos relacionados más el 100% del monto de la tarifa negociada que exceda el pago de Anthem Blue Cross <sup>4</sup>	No corresponde (cubierto bajo atención preventiva)	No corresponde (cubierto bajo atención preventiva)	Sin cobertura

Los planes compatibles con cuentas HSA PPO 3500 y PPO 2400 con copago y los planes Lumenos 1500/3000 compatibles con la cuenta HSA son ofrecidos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. El plan EPO es ofrecido por Anthem Blue Cross.

Importante: Los proveedores dentro de la red aceptan las tarifas negociadas por Anthem Blue Cross Life and Health en concepto de pago total de los servicios cubiertos. Los beneficios mencionados surgen de las tarifas negociadas para proveedores dentro de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar un monto superior al de las tarifas negociadas); los beneficios mencionados para proveedores fuera de la red surgen de cargos razonables y habituales en casos de emergencias médicas; cuando los miembros utilizan un proveedor fuera de la red, deben pagar el correspondiente copago o coseguro, además de cualquier cargo que supere el monto permitido.

Un plan de salud con deducible alto no es una cuenta de ahorro para la salud (HSA). La cuenta HSA, que debe establecerse para obtener un trato impositivo preferente, es un acuerdo independiente entre el individuo y el banco JP Morgan Chase u otra institución que cumpla con los requisitos. Se recomienda consultar con un asesor impositivo.

Nuestros planes Power HealthFund ofrecen cobertura total para cualquier beneficio elegible que se necesite antes de cumplir con el deducible. Nuestro plan Lumenos® Health Incentive Account Plus de hecho agrega créditos a la cuenta para la salud cuando un empleado participa en uno o más de los programas de retribuciones del plan (y les da incluso más dinero para pagar gastos de atención médica y medicamentos recetados). Estos planes también se centran en ayudar a tus empleados a mantener y mejorar la salud, lo que hace que las medidas preventivas sean más significativas y alcanzables que nunca.

# Primero lo más importante

**Planes Power HealthFund 750/500:** ¿buscas cobertura total? Estos planes te brindan fondos totales que puedes utilizar para cualquier servicio cubierto (excepto los beneficios de medicamentos recetados) antes de cumplir con tu deducible médico anual. Y si te inscribes antes del último trimestre del año, los fondos totales no utilizados se transfieren al año siguiente.\* Otra gran ventaja es que la cobertura total es grupal, lo que significa que la puede utilizar solamente un único miembro, o una combinación de miembros, del grupo familiar. ¡Fortalece tu salud con los servicios que necesitas ahora!

\*Hasta 2 veces el monto de la cobertura total.

**Lumenos® HIA Plus:** este plan único te permite utilizar una cuenta de incentivo médico financiada con contribuciones de tu plan de salud\*\* para los servicios cubiertos (incluso medicamentos recetados) antes de cumplir con tu deducible médico anual. También tienes una cobertura del 100% para la atención preventiva recomendada. Todos los fondos no utilizados de la cuenta para la salud se trasladan de un año a otro, durante todo el tiempo que tengas el plan.

\*\* La asignación de la cuenta para la salud se calcula proporcionalmente el primer año, en función del día de entrada en vigencia que no sea el 1 de enero. Pídele a tu agente Anthem Blue Cross que te dé detalles en función de tu fecha de entrada en vigencia.

**Asignación de incentivo médico o cobertura total<sup>1</sup>**  
para uso inmediato para pagar automáticamente los servicios cubiertos  
Dentro y fuera de la red combinados

**Deducible anual<sup>1</sup>**  
Rige para el máximo anual en efectivo

**Máximo en efectivo anual<sup>1,2</sup>**  
Incluye deducible anual y coseguro

**Dentro de la red**

**Fuera de la red**

**Visitas al consultorio**

**Dentro de la red**

**Fuera de la red**

**Servicios profesionales**

Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías

**Dentro de la red**

**Fuera de la red**

**Hospital:** paciente hospitalizado y ambulatorio  
**Hospitales participantes**

**Medicamentos recetados**

Los montos indicados son copagos por cada suministro para 30 días comprado en farmacias de la red

**Atención preventiva dentro de la red**

Incluye inmunizaciones para bebés sanos; las pruebas de detección a partir de los 7 años y hasta adultos incluyen una prueba de papanicolaou anual, examen de los senos y mamografía para mujeres y una prueba de antígeno prostático específico para los hombres

**HealthyCheck<sup>SM</sup> \***  
**Control médico anual**

**Dentro de la red**

1 El monto por familia es grupal; es decir, una vez que los gastos cubiertos (combinados) elegibles de uno o más miembros de la familia alcanzan este monto, el requisito se cumple para todos los familiares cubiertos.

2 Máximo en efectivo anual: Los gastos que contribuyen al máximo en efectivo anual varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Para conocer todos los detalles consulta el Certificado o el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados de cada plan.

3 Si un miembro elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente, incluso si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro será responsable del copago del genérico más la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente; el monto no se aplica al deducible por medicamento de marca del miembro.

\*Debe realizarse en un establecimiento designado por HealthyCheck<sup>SM</sup>.

Power HealthFund 500	Power HealthFund 750	Lumenos HIA Plus 3000
Cobertura total (remanente trasladable limitado, no rige para el deducible anual) Primero, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos del miembro hasta estos montos para todos los servicios cubiertos EXCEPTO los medicamentos recetados:		Primero, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos del miembro hasta estos montos para todos los servicios cubiertos INCLUIDOS los medicamentos recetados:
Miembro soltero: \$500 Familia \$1,000 grupal	Miembro soltero: \$750 Familia \$1,500 grupal	Miembro soltero: \$1,000 Familia: \$2,000 grupal
A continuación, el miembro paga el 100% de los gastos hasta estos montos por los servicios cubiertos (antes de que comience el coseguro)		
Miembro soltero: \$1,000 Familia \$2,000 grupal No rige la cobertura total para el deducible anual	Miembro soltero: \$500 Familia: \$1,000 grupal No rige la cobertura total para el deducible anual	Miembro soltero: \$3,000 Familia: \$6,000 grupal Médico/farmacia combinados La asignación de incentivo médico rige para el deducible anual La asignación para el primer año se calculará proporcionalmente para las fechas de entrada en vigencia distintas del 1/1
Miembro soltero: \$5,000 Familia: \$10,000 grupal	Miembro soltero: \$5,000 Familia: \$10,000 grupal	Miembro soltero: \$3,000 Familia: \$6,000 grupal Médico/farmacia combinados
El plan paga un máximo de \$10,000 por miembro; \$20,000 por grupo familiar	El plan paga un máximo de \$10,000 por miembro; \$20,000 por grupo familiar	Miembro soltero: \$6,000 Familia: \$12,000 grupal Médico/farmacia combinados
\$40 de copago después del deducible	\$35 de copago después del deducible	0% después del deducible (no se cobra deducible para la atención preventiva, que incluye los servicios preventivos recomendados nacionalmente)
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible
40% de la tarifa negociada después del deducible	25% de la tarifa negociada después del deducible	0% después del deducible
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible	30% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan después del deducible
40% de la tarifa negociada después del deducible	25% de la tarifa negociada después del deducible	0% después del deducible
\$10 genéricos, \$35 de marca <sup>3</sup> (después de un deducible anual por miembro de \$350 para medicamentos recetados de marca); 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina. Sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde. Suministro para un máximo de 60 días disponible a través de pedido por correo	\$10 genéricos; \$30 de marca <sup>3</sup> (después del deducible anual de \$250 por medicamento recetado de marca por miembro); 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina. Sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde. Suministro para un máximo de 60 días disponible a través de pedido por correo	0% después del deducible Suministro para un máximo de 90 días disponible a través de pedido por correo
\$40 de copago por visita al consultorio más el 40% de la tarifa negociada para todos los otros servicios cubiertos después del deducible	\$35 de copago por visita al consultorio más el 25% de la tarifa negociada para todos los otros servicios cubiertos después del deducible	0% (no se cobra deducible) Incluye los servicios preventivos recomendados a nivel nacional
\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos, no sujeto a deducible anual		No corresponde (cubierto bajo el beneficio de atención preventiva)

Importante: Los proveedores dentro de la red aceptan las tarifas negociadas por Anthem Blue Cross en concepto de pago total de los servicios cubiertos. Los beneficios mencionados surgen de las tarifas negociadas para proveedores dentro de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar un monto superior al de las tarifas negociadas); los beneficios mencionados para proveedores fuera de la red surgen de cargos razonables y habituales en casos de emergencias médicas; cuando los miembros utilizan un proveedor fuera de la red, deben pagar el correspondiente copago o coseguro, además de cualquier cargo que supere ese monto permitido.

¿Buscas un equilibrio ideal entre costo y beneficio? No busques más. Estos planes no cobran deducible para las visitas regulares al consultorio, y el deducible rige para el máximo en efectivo. Los copagos previsible y los deducibles conservadores hacen que estos planes sean ideales.

## Equilibrio ideal

**PPO \$30/\$40 de copago** : estos planes brindan cobertura integral con primas intermedias, deducibles bajos y copagos para visitas al consultorio.

**Advantage PPO \$25 de copago** : grandes beneficios, copago bajo de visita al consultorio y sin deducible para medicamentos recetados de marca.

1 Máximo en efectivo anual: los gastos que contribuyen al límite de copago máximo varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Para conocer todos los detalles consulta el Certificado o el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados de cada plan.

2 Medicamentos recetados: si un miembro elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente, incluso si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro será responsable del copago del genérico más la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente. El monto pagado no se aplica al deducible del miembro por medicamento recetado de marca (únicamente planes PPO \$40 y \$30 de copago).

3 Examen físico anual: el beneficio anual máximo de \$200 es para los miembros cubiertos más de seis meses y de \$100 para los miembros cubiertos seis meses o menos.

\*Debe realizarse en un establecimiento designado por HealthyCheck<sup>SM</sup>.

<b>Deducible anual</b> No se cobra para visitas al consultorio, medicamentos recetados y beneficios HealthyCheck ; rige para el máximo anual en efectivo	
<b>Máximo en efectivo anual<sup>1</sup></b> Incluye deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Visitas al consultorio</b> No sujeto a deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios profesionales</b> Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías después del deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Hospital</b> Paciente hospitalizado y ambulatorio Después del deducible anual	<b>Hospitales participantes</b>
<b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b>	<b>Dentro de la red</b> No sujeto a deducible médico anual; los montos mostrados son copagos por cada suministro para 30 días; suministro para 60 días como máximo disponible a través de pedido por correo
<b>Atención preventiva</b>	<b>Dentro de la red</b> Incluye inmunizaciones para bebés sanos; las pruebas de detección a partir de los 7 años y hasta adultos incluyen una prueba de papanicolaou anual, examen de los senos y mamografía para mujeres y una prueba de antígeno prostático específico para los hombres
<b>HealthyCheck<sup>SM</sup> *</b> <b>Control médico anual.</b> No sujeto a deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
<b>Examen físico anual</b> De 7 años a adultos	<b>Dentro de la red</b>

PPO \$40 de copago	PPO \$30 de copago	Advantage PPO \$25 de copago
\$500 por miembro, máximo de 2 miembros	\$500 por miembro, máximo de 2 miembros	\$250 por miembro, máximo de 2 miembros
\$4,500 por miembro, máximo de 2 miembros	\$4,000 por miembro, máximo de 2 miembros	\$3,600 por miembro, máximo de 2 miembros
Anthem Blue Cross paga \$10,000 por los gastos cubiertos del miembro	Anthem Blue Cross paga \$10,000 por los gastos cubiertos del miembro	Anthem Blue Cross paga \$10,000 por los gastos cubiertos del miembro
Primeras 12 visitas por miembro: copago de \$40 Visitas adicionales: 45% de la tarifa negociada	Primeras 12 visitas por miembro: copago de \$30 Visitas adicionales: 45% de la tarifa negociada	Primeras 12 visitas por miembro: \$25 de copago; visitas adicionales: 45% de la tarifa negociada hasta \$900 y luego el 10% de \$901 a \$3,600
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan
40% de la tarifa negociada	30% de la tarifa negociada	Después del deducible anual el 30% hasta \$900 y luego el 10% de \$901 a \$3,600
50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan	50% de la tarifa negociada más el 100% de los cargos que la excedan
40% de la tarifa negociada	30% de la tarifa negociada	30% hasta \$900 y luego el 10% de \$901 a \$3,600
\$15 genéricos, \$25 de marca después de un deducible anual por miembro de \$150 para medicamentos recetados de marca; 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina. (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)	\$15 genéricos, \$25 de marca después de un deducible anual por miembro de \$150 para medicamentos recetados de marca; 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)	\$15 genéricos, \$25 de marca; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina
\$40 de copago por visitas al consultorio (no sujeto a deducible) más el 40% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)	\$30 de copago por visitas al consultorio (no sujeto a deducible) más el 30% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)	\$25 de copago por visitas al consultorio (no sujeto a deducible) más el 30% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos hasta \$900 y luego el 10% de \$901 a \$3,600 (después del deducible anual)
\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos	\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos	Cada año, los miembros de 7 años a adultos pueden elegir entre un control médico HealthyCheck o un examen físico; no se cobra deducible. \$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos
Sin cobertura		<b>O BIEN</b> \$25 de copago por visita al consultorio más el 30% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos hasta \$900 y luego el 10% de \$901 a \$3,600 <sup>3</sup>

Los planes PPO \$30/\$40 son ofrecidos por Anthem Blue Cross. El plan Advantage PPO \$25 de copago es ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

Importante: Los proveedores dentro de la red aceptan las tarifas negociadas por Anthem Blue Cross en concepto de pago total de los servicios cubiertos. Los beneficios mencionados surgen de las tarifas negociadas para proveedores dentro de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar un monto superior al de las tarifas negociadas); los beneficios mencionados para proveedores fuera de la red surgen de cargos razonables y habituales en casos de emergencias médicas; cuando los miembros utilizan un proveedor fuera de la red, deben pagar el correspondiente copago o coseguro, además de cualquier cargo que supere ese monto permitido.

## Nuestro plan HMO incluye:

- La posibilidad de elegir un médico de cabecera de entre 32,000 médicos de la red HMO de California, de modo que es muy probable que tus empleados puedan encontrar fácilmente uno cerca de donde viven o trabajan, así como también la opción de ir con nuestra red Select Network, exclusiva de nuestro plan SelectHMO
- Cobertura de vanguardia para servicios de emergencia, para que tus empleados tengan tranquilidad cuando viajen.

# Simple y coherente

¿Prefieres darles a tus empleados costos previsibles y nada de papeleo? Un HMO puede ser la opción correcta.

**Power SelectHMO:** nuestro plan HMO más asequible viene con una red exclusiva de proveedores.

**Saver HMO:** las primas bajas y los grandes beneficios de este plan constituyen una solución asequible que tus empleados valorarán.

**Classic HMO:** este plan es la opción tradicional para obtener un equilibrio ideal entre valor y beneficios.

**HMO 100%:** nuestros beneficios HMO más completos están incluidos en este plan integral.

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

### Deducible anual

Rige para el máximo anual en efectivo

### Máximo en efectivo anual<sup>1</sup>

El monto por familia es grupal; es decir, una vez que los gastos cubiertos (combinados) elegibles de uno o más miembros de la familia alcanzan este monto, el requisito se cumple para todos los familiares cubiertos.

### Visitas al consultorio

Incluye visitas al consultorio por maternidad

Dentro de la red

Fuera de la red

### Servicios profesionales

Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías

Dentro de la red

Fuera de la red

**Hospital:** paciente hospitalizado y ambulatorio

### Medicamentos recetados<sup>2</sup>

No sujeto a deducible médico anual; los montos mostrados son copagos por cada suministro para 30 días; suministro para 60 días como máximo disponible a través de pedido por correo

### Cargos cubiertos de por vida dentro de la red

### Servicio de red

<sup>1</sup> Máximo en efectivo anual: los gastos que contribuyen al límite de copago máximo varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Para conocer todos los detalles, consulta el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados de cada plan.

<sup>2</sup> Medicamentos recetados: si un miembro elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente, incluso si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro será responsable del copago del genérico más la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente. El monto pagado no se aplica al deducible por medicamento recetado de marca del miembro.

Power SelectHMO	Saver HMO	Classic HMO	HMO 100%
\$500 por miembro Rige para servicios de establecimientos ambulatorios y para pacientes hospitalizados, centros quirúrgicos ambulatorios y centros de diálisis, salvo en el caso de emergencias médicas.	\$1,500 por miembro Rige para servicios de establecimientos ambulatorios y para pacientes hospitalizados, centros quirúrgicos ambulatorios y centros de diálisis, salvo en el caso de emergencias médicas.	Ninguno	Ninguno
\$2,250 por miembro \$4,500 por grupo familiar	\$2,250 por miembro \$4,500 por grupo familiar	\$1,750 por miembro \$3,500 por grupo familiar	\$1,750 por miembro \$3,500 por grupo familiar
Visitas al médico de cabecera: copago de \$25 Visitas de remisión al especialista: copago de \$35 No sujeto a deducible anual	Copago de \$20 No sujeto a deducible anual	Copago de \$20	Copago de \$10
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Paciente hospitalizado: 10% de copago Paciente ambulatorio: 20% de copago Después del deducible anual	Sin cargo después del deducible anual	Paciente hospitalizado: \$250 de copago por admisión Paciente ambulatorio: 20% de la tarifa negociada	Sin cargo
\$15 genéricos \$25 de marca después del deducible anual por miembro de \$150 por medicamento recetado de marca 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)	\$10 genéricos \$25 de marca después del deducible anual por miembro de \$150 por medicamento recetado de marca 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)	\$10 genéricos \$25 de marca después del deducible anual por miembro de \$150 por medicamento recetado de marca 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)	\$10 genéricos \$20 de marca después del deducible anual por miembro de \$150 por medicamento recetado de marca 30% de la tarifa negociada para medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina (sujeto al deducible por medicamento recetado de marca, si corresponde)
Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
La red Select HMO no se encuentra disponible en todos los condados.	Servicios prestados por Anthem Blue Cross HMO (California Care Network), que está disponible en la mayoría de los condados de California. Los empleadores que ofrecen cobertura HMO deben elegir planes o bien de CaliforniaCare Network o de Power SelectHMO; no se puede ofrecer planes de ambas redes en forma conjunta en el paquete de beneficios de una empresa.		

Estos planes de primerísima calidad ofrecen un deducible bajo (solo \$250), además de grandes beneficios médicos y una amplia cobertura de medicamentos de marca. Considéralos alojamientos de lujo para tu salud.

## Diseños superiores

**Premier PPO \$20/\$10 de copago:** estos planes llevan deducibles anuales muy bajos (solo \$250) y no tienen deducibles para medicamentos de marca, lo que hace que disfrutar de grandes beneficios y cobertura integral para medicamentos sea más rápido que nunca. Es fácil darse cuenta por qué estos planes son “premier”.

1 Máximo en efectivo anual: los gastos que contribuyen al límite de copago máximo varían entre los distintos planes y tienen restricciones y limitaciones. Para conocer todos los detalles consulta el Certificado o el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados de cada plan.

2 Medicamentos recetados: Los miembros pueden elegir un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico equivalente si el médico indica en la receta que no se sustituya el medicamento (“dispense as written” o “do not substitute”).

3 Examen físico anual: Beneficio anual máximo: \$200 para los miembros cubiertos más de seis meses y \$100 para los miembros cubiertos seis meses o menos.

\*Debe realizarse en un establecimiento designado por HealthyCheck<sup>SM</sup>.

Los beneficios mencionados son costos por miembro, sujetos a deducibles y copagos, a menos que se indique lo contrario.

<b>Deducible anual</b> No se cobra para visitas al consultorio, medicamentos recetados y beneficios HealthyCheck ; rige para el máximo anual en efectivo	
<b>Máximo en efectivo anual<sup>1</sup></b> Incluye deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Visitas al consultorio</b> No sujeto a deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios profesionales</b> Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías después del deducible anual	<b>Dentro de la red</b>
	<b>Fuera de la red</b>
<b>Hospital</b> Pacientes hospitalizados y ambulatorios, después del deducible anual	<b>Hospitales participantes</b> Hospitales participantes
<b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b>	<b>Dentro de la red</b> No sujeto a deducible médico anual; los montos mostrados son copagos por cada suministro para 30 días; suministro para 60 días como máximo disponible a través de pedido por correo
<b>Atención preventiva</b>	<b>Dentro de la red</b> Incluye inmunizaciones para bebés sanos; las pruebas de detección a partir de los 7 años y hasta adultos incluyen una prueba de papanicolaou anual, examen de los senos y mamografía para mujeres y una prueba de antígeno prostático específico para los hombres
<b>Opciones anuales:</b> cada año, los miembros de 7 años a adultos pueden elegir entre un control médico HealthyCheck o un examen físico; no se cobra deducible.	
<b>Control médico de HealthyCheck<sup>SM*</sup></b>	<b>Dentro de la red</b>
<b>O BIEN</b>	
<b>Examen físico<sup>3</sup></b>	<b>Dentro de la red</b>

Premier PPO \$20 de copago	Premier PPO \$10 de copago
\$250 por miembro, máximo de 2 miembros	\$250 por miembro, máximo de 2 miembros
\$3,000 por miembro, máximo de 2 miembros	\$2,500 por miembro, máximo de 2 miembros
\$5,000 por miembro, máximo de 2 miembros	\$5,000 por miembro, máximo de 2 miembros
Primeras 12 visitas por miembro: copago de \$20 Visitas adicionales: 40% de la tarifa negociada	Primeras 12 visitas por miembro: copago de \$10 Visitas adicionales: 30% de la tarifa negociada
40% de los cargos razonables y habituales, más el 100% de los cargos que la excedan	30% de los cargos razonables y habituales, más el 100% de los cargos que la excedan
20% de la tarifa negociada	10% de la tarifa negociada
40% de los cargos razonables y habituales, más el 100% de los cargos que la excedan	30% de los cargos razonables y habituales, más el 100% de los cargos que la excedan
20% de la tarifa negociada	10% de la tarifa negociada
\$15 genéricos, \$25 de marca; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina	\$10 genéricos, \$20 de marca; 30% de la tarifa negociada para los medicamentos inyectables autoadministrados, salvo insulina
\$20 de copago por visitas al consultorio (no sujeto a deducible) más el 20% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)	\$10 de copago por visitas al consultorio (no sujeto a deducible) más el 10% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos (después del deducible anual)
\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos	\$25 o \$75 de copago para las opciones de controles médicos
<b>O BIEN</b>	<b>O BIEN</b>
\$20 de copago por visita al consultorio más el 20% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos	\$10 de copago por visita al consultorio más el 10% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos

Los planes Premier PPO \$20 de copago y Premier PPO \$10 de copago son ofrecidos por Anthem Blue Cross.

Importante: Los proveedores dentro de la red aceptan las tarifas negociadas por Anthem Blue Cross en concepto de pago total de los servicios cubiertos. Los beneficios mencionados surgen de las tarifas negociadas para proveedores dentro de la red (los proveedores fuera de la red pueden cobrar un monto superior al de las tarifas negociadas); los beneficios mencionados para proveedores fuera de la red surgen de cargos razonables y habituales; cuando los miembros utilizan un proveedor fuera de la red, deben pagar el correspondiente copago o coseguro, además de cualquier cargo que supere ese monto permitido.

## Cobertura dental. Cobertura de la vista. Seguro de vida. Retribuciones. Ahorros. Beneficios.

Si a tus empleados solo les ofreces cobertura médica, estás recibiendo solo parte de las retribuciones, los ahorros y los beneficios que tienes a tu disposición.

- **1% de ahorro en el plan médico:** cuando compras \$25,000 o más en seguro de vida junto con la cobertura médica, ahorras 1% en la prima de tu plan médico\*, lo que vuelve el seguro de vida más asequible que nunca.
- **6% de ahorro en el seguro de vida más 6% de ahorro en la cobertura dental:** cuando compras \$25,000 o más en seguro de vida y al mismo tiempo cualquiera de nuestros planes dentales asegurados, ahorras un 6% en la prima de tu seguro de vida y un 6% en la prima de tu plan dental. Eso **además del 1% de ahorro** en la prima de tu plan médico.

\* 90 es el mejor factor de ajuste de riesgo disponible

### Ofrece cobertura dental... y cosecha beneficios.

Gastar tan solo un poco en un paquete de atención médica completo puede hacerte ahorrar mucho, especialmente cuando la cobertura dental forma parte del paquete. Anthem Blue Cross ofrece una variedad de planes dentales voluntarios, HMO y PPO, todos específicamente diseñados para empresas pequeñas como la tuya. Puedes escoger lo que funcione mejor para ti y tus empleados y tener la plena confianza de que has hecho la mejor elección, porque todos nuestros planes dentales son fáciles de usar y les dan a tus empleados acceso a más de 20,000 centros dentales. Y, al igual que en el caso de nuestros planes médicos, el monto que contribuyes a las primas depende de ti; tus empleados pagan el resto mediante deducciones de la nómina.





## Tus opciones de cobertura dental

### Planes PPO

#### ¿Quieres darles muchas opciones a tus empleados?

*Los planes Dental Blue Metallic* ofrecen lo último en flexibilidad y les dan a tus empleados la capacidad de elegir la red y el plan integral que mejor se adapten a sus necesidades y presupuesto. Y con Dental Blue, tus empleados tienen acceso a una de las mayores redes dentales PPO de California.

Nuestros planes *Traditional Metallic* ofrecen cinco de los mismos diseños de plan que Dental Blue, pero utilizan una red PPO más pequeña.

*Los planes Basic, Standard y High Option* tienen diseños tradicionales y también utilizan una red dental PPO más pequeña. Estos planes pagan el 100% dentro de la red para los controles de diagnóstico y preventivos, y cubren servicios de reconstitución menores y mayores: ¡realmente un muy buen valor!

### Planes de organización de mantenimiento de la salud (HMO).

#### ¿Quieres darles a tus empleados planes simples y costos previsibles?

Con nuestros planes dentales HMO, tus empleados eligen un dentista participante de nuestras redes dentales de California.

Tenemos dos planes entre los cuales elegir.

- Dental Net
- SelectHMO

### Planes voluntarios

#### ¿Quieres ofrecer cobertura dental a un costo todavía más bajo para ti?

Con nuestro plan voluntario Dental Saver SelectHMO, tus empleados pueden pagar hasta el 100% del costo. Y pueden pagar mediante deducciones en la nómina, a la vez que aprovechan tarifas grupales más asequibles.

## Dale un vistazo a la cobertura de la vista... y observa muchos más ahorros.

Cuando ofreces a tus empleados Blue View Vision<sup>SM</sup> como parte de un paquete completo de beneficios, el valor está claro. Nuestros económicos planes de la vista incluyen exámenes integrales de la vista, envío rápido de anteojos y lentes, y un atractivo descuento minorista en marcos.

### **Elige entre dos planes, Blue View y Blue View Plus. Ambos ofrecen beneficios fáciles de usar y además:**

- *Una red conveniente:* los empleados tienen acceso a una amplia red de proveedores participantes y centros: más de 44,000 en todos los EE. UU. y más de 4,000 solo en California. Esta red incluye optometristas y oftalmólogos independientes, así como también tiendas minoristas LensCrafters®, Target Optical y la mayoría de las tiendas Sears Optical, JCPenney Optical y Pearle Vision. Para tu comodidad, muchas de estas tiendas abren por las tardes y los fines de semana.
- *Ahorros con valor agregado:* los empleados cuentan con ahorros adicionales de hasta un 40% en compras ilimitadas de la mayoría de los pares adicionales de anteojos, lentes de contacto, tratamientos de lentes, lentes especializadas y diversos accesorios; incluso una vez que ya agotaron sus beneficios cubiertos.

## Ofrece cobertura de seguro de vida... y comparte los beneficios.

Tus empleados dependen de ti, y sus familias de ellos. El seguro de vida es un modo sencillo y económico de ayudar a tus empleados a mejorar la seguridad financiera de sus familias. Y si dos o más de tus empleados se inscriben en nuestros planes médicos, la cobertura de seguro de vida está garantizada, lo que significa que no es necesario emitir el seguro ni llenar formularios.

Cuando inscribes 11 o más empleados en la cobertura de seguro de vida de Anthem Blue Cross, recibes en forma automática una tarifa única ("compuesta") por cada \$1,000 en cobertura de seguro de vida, independientemente de la edad o el sexo de los que se inscriban.

### **Un programa útil y confidencial sin costo adicional.**

Con una cobertura de seguro de vida de \$25,000, se incluye nuestro programa de asistencia al miembro LifeConnections<sup>SM</sup> sin costo adicional. A través de servicios de apoyo confidencial, asesoramiento por teléfono las 24 horas los 7 días de la semana y recursos en Internet, este programa ayuda a los empleados y a sus familias, especialmente durante un momento difícil de pérdida.

## Exclusiones y limitaciones de EmployeeElect

### Limitaciones y exclusiones de los planes médicos

#### Exclusiones y limitaciones comunes a todos los planes médicos

- Todo monto que exceda los máximos indicados en el Certificado/Formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Servicios o insumos que no son médicamente necesarios.
- Servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia.
- Servicios recibidos luego de que termina la cobertura.
- Cualquier afección para la cual puedan recuperarse beneficios bajo alguna ley de compensación del trabajador o afín.
- Servicios que recibas que no estés legalmente obligado a pagar.
- Servicios por los cuales no se te cobra en ausencia de cobertura de seguro.
- Servicios no indicados como cubiertos en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Servicios de parientes.
- Atención de la vista, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Cirugía de ojos realizada exclusivamente con el fin de corregir defectos de refracción.
- Audífonos o pruebas auditivas de rutina, excepto lo que se indique específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Cambios de sexo.
- Servicios dentales y de ortodoncia, excepto lo que se indique específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Cirugía plástica.
- Exámenes físicos de rutina, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Tratamiento de trastornos mentales o nerviosos y adicción a las drogas (incluido el uso de nicotina) o pruebas psicológicas, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Atención de pacientes recluidos.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios provistos por un organismo gubernamental local, estatal o federal, salvo que tengamos que pagarlos.
- Admisiones por diagnóstico.
- Consultas por teléfono o fax.
- Productos de comodidad personal.
- Asesoramiento nutricional (únicamente planes PPO).
- Membresía a clubes de salud.
- Todo servicio en la medida en que te corresponda recibir beneficios de Medicare por esos servicios sin pago de prima adicional para cobertura de Medicare.
- Suplementos dietéticos o alimentarios, salvo las fórmulas y los productos alimenticios especiales para prevenir complicaciones por fenilcetonuria (PKU).

- Pruebas genéticas por razones que no sean médicas o cuando no exista indicación médica o anomalía genética en antecedentes médicos familiares.
- Programas de tratamiento al aire libre.
- Reemplazo de prótesis y equipos médicos duraderos por pérdida o robo.
- Servicios o insumos suministrados a cualquier persona no cubierta por el Acuerdo en relación con un embarazo por maternidad sustituta.
- Inmunizaciones para viajes fuera de los Estados Unidos.
- Servicios o insumos relacionados con una enfermedad preexistente (únicamente planes PPO).
- Servicios educativos salvo lo que Anthem Blue Cross disponga o acuerde específicamente.
- Servicios de infertilidad (entre ellos reversión de la esterilización), excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Atención o tratamiento provisto en un hospital no contratado, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Enfermería privada, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Servicios cuyo objetivo principal es la reducción de peso salvo el tratamiento médicamente necesario de la obesidad mórbida.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, fármacos u otras sustancias distribuidas o administradas en un entorno ambulatorio, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado/formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Dispositivos anticonceptivos, a menos que tu médico determine que los medicamentos anticonceptivos orales no son apropiados desde el punto de vista clínico.

#### Exclusiones y limitaciones adicionales

##### Rigen únicamente para los planes HMO

- Toda atención no autorizada por tu PMG o IPA.
- Montos superiores a los gastos razonables y habituales por la atención prestada por un proveedor no adherido sin remisión autorizada de tu PMG o IPA.
- Atención de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje, excepto lo que se indique específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Tratamiento de la mandíbula o los dientes que sea consecuencia de la maloclusión o de problemas ortognáticos.
- Tratamiento con la hormona del crecimiento.
- Acupuntura/acupresión.
- Equipos médicos duraderos, excepto lo que se indique específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.

#### Exclusiones y limitaciones adicionales

##### Rigen únicamente para los planes Basic PPO y Saver PPO

- Medicina/terapia física y/o ocupacional o servicios quiroprácticos, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado.
- Terapia del lenguaje para pacientes ambulatorios.
- Calzado, excepto lo que se indique específicamente en el Certificado.

## Disposiciones generales

### Privacidad de los miembros

Nuestra completa **notificación de las prácticas de privacidad** provee una perspectiva general integral de las prácticas y políticas que imponemos para preservar los derechos a la privacidad de nuestros miembros y controlar el uso de su información médica, incluidos: el derecho a autorizar la divulgación de información; el derecho a limitar el acceso a la información médica; la protección de la información verbal, escrita y electrónica; el uso de los datos, y la información compartida con los empleadores. Esta notificación se puede descargar de nuestro sitio web: [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca) o se puede obtener llamando al servicio de atención al cliente para grupos pequeños al **(800-627-8797)**.

### Revisión de utilización

El programa de revisión de utilización de Anthem Blue Cross ayuda a los miembros a recibir cobertura para el tratamiento apropiado en el entorno adecuado. Se incluyen cuatro procesos de revisión: 1) La revisión previa al servicio evalúa la necesidad médica antes de que se brinde el servicio. 2) La revisión de admisión determina en el momento de la admisión si la hospitalización o cirugía son necesarias desde el punto de vista médico en el caso de que no se lleve a cabo una revisión previa al servicio. 3) La revisión de hospitalización continuada determina si la continuación de la hospitalización es necesaria desde el punto de vista médico. 4) La revisión retrospectiva determina si la hospitalización o cirugía eran necesarias desde el punto de vista médico una vez provista la atención si no se llevó a cabo ninguna de las primeras tres revisiones. La revisión de utilización no es la práctica de la medicina ni la provisión de atención médica. Únicamente tu médico puede brindarte asesoramiento y atención médica.

### Quejas

Todas las quejas y disputas relativas a la cobertura de un miembro con Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company deben resolverse de acuerdo con el procedimiento de quejas de la empresa. Puedes dar a conocer tu queja por teléfono o por escrito. Consulta tu tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross para obtener la información de contacto apropiada. Se acusará recibo por escrito de todas las quejas recibidas por Anthem Blue Cross /Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company que no puedan resolverse por teléfono (cuando sea procedente) a satisfacción mutua del miembro y Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, junto con una descripción de la forma en que Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company proponen resolver la queja. Las quejas que no puedan resolverse mediante estos procedimientos se resolverán como se indica mediante arbitraje vinculante, o, si el plan que te cubre está regido por la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA), de conformidad con las reglas de ERISA.

Si el grupo está regido por ERISA y un miembro no está de acuerdo con la resolución de la queja propuesta, dicho miembro puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Para ello debe comunicarse con el número de teléfono o la dirección impresos en el membrete de la carta de respuesta de Anthem Blue Cross.

A efectos de ERISA, hay un solo nivel de apelación. Para solicitudes de beneficios de atención de urgencia, responderemos dentro de las 72 horas a partir de la fecha de recepción de la apelación. Para las solicitudes de beneficios previos al servicio, el miembro recibirá una respuesta dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de la apelación. Para las reclamaciones posteriores al servicio, responderemos dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de recepción de la apelación.

Si el miembro no está de acuerdo con la decisión de Anthem Blue Cross sobre la apelación, puede elegir que la disputa se resuelva mediante opciones alternativas de resolución, tales como arbitraje vinculante voluntario.

## Para los miembros de Anthem Blue Cross

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tienes una queja contra tu plan médico, primero debes llamar por teléfono a tu plan médico al **(800-627-8797)** y utilizar el proceso de quejas del plan antes de comunicarte con el DMHC. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún recurso o derecho legal potencial que pueda estar a tu disposición. Si necesitas ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que tu plan médico no haya resuelto de forma satisfactoria o una queja pendiente de resolución por más de 30 días, puedes llamar al DMHC para solicitar asistencia. Es posible que tu caso también puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si eres elegible para una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos urgentes o de emergencia. El DMHC también tiene un número de teléfono gratuito **(888-HMO-2219)** y una línea TDD **(877-688-9891)** para personas con problemas auditivos o del habla. El sitio web del departamento, **www.hmohelp.ca.gov**, tiene formularios de reclamación, formularios de solicitud IMR e instrucciones en Internet.

## Para los miembros de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company

La supervisión del sector y la protección de los consumidores de seguros del estado es responsabilidad del Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance, CDI). El CDI regula, investiga y audita cuestiones relativas a los seguros para garantizar que las empresas sigan siendo solventes y cumplan con sus obligaciones de asegurar a los titulares de las pólizas. Si tienes un problema relacionado con tu cobertura, comunícate primero con Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company para resolver la cuestión. Si los contactos entre ti (el demandante) y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company (la aseguradora) no han provisto una solución satisfactoria para el problema, puedes comunicarte con el CDI. Puedes hacerlo por escrito a California Department of Insurance, Consumer Affairs Bureau, 300 South Spring St. South Tower, Los Angeles, CA 90013. El CDI también tiene un número telefónico gratuito **(800-927-HELP [4357])** al que puedes llamar para solicitar asistencia.

## Arbitraje vinculante

Si el plan está regido por ERISA, cualquier disputa relacionada con una decisión adversa de beneficios debe resolverse según los términos de las reglas del procedimiento de reclamaciones de ERISA y no se someterá a arbitraje vinculante obligatorio. Los miembros pueden solicitar un arbitraje vinculante voluntario una vez que hayan completado una apelación conforme a las reglas de ERISA. Si el miembro tiene otra disputa que no se relaciona con una decisión adversa de beneficios, o si el grupo no provee un plan regido por ERISA, se aplican las siguientes disposiciones: todas y cada una de las disputas entre el empleador y/o el miembro y Anthem Blue Cross o Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, incluidas a título informativo pero no limitativo las reclamaciones por mala práctica médica, deben resolverse mediante arbitraje vinculante (no mediante acción judicial, juicio ante un juez o jurado, ni mediante otro proceso que implique un tribunal), si el monto en disputa excede el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores. Conforme a esta cobertura, tanto el miembro como Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company renuncian al derecho de participar en un arbitraje en grupo o a que cualquier disputa sea resuelta por un juicio ante un juez o jurado.

## Medicare

En virtud de la Ley de Equidad Impositiva y Responsabilidad Fiscal (TEFRA) y el Departamento de Equidad Impositiva y Responsabilidad Fiscal (DEFRA), Medicare es la cobertura principal para grupos de menos de 20 empleados. La cobertura de Anthem Blue Cross se considera cobertura primaria para grupos de 20 o más empleados. Esta cobertura de Anthem Blue Cross no es un suplemento de Medicare, pero provee beneficios de acuerdo con la cláusula de no duplicación de Medicare.

Si Medicare es el plan médico primario de un miembro, Anthem Blue Cross no proveerá beneficios que dupliquen los beneficios que dicho miembro tenga derecho a recibir por Medicare. Esto significa que cuando Medicare es la cobertura médica primaria, los beneficios se proveen de acuerdo con los beneficios del plan, menos cualquier monto pagado por Medicare. Si tienes derecho a la Parte A o B de Medicare, serás elegible para la cobertura Medicare sin duplicación, con coordinación suplementaria de beneficios. Sin embargo, si tienes la obligación de pagar a la Administración del Seguro Social una prima adicional por cualquier parte de Medicare, entonces la política anterior solo se aplicará si estás inscrito en esa parte de Medicare. Importante: Los empleados/dependientes elegibles para Medicare inscritos en planes en los que Medicare es el plan primario pueden obtener un plan individual complementario de Medicare de Anthem Blue Cross con la exclusión por enfermedad preexistente cancelada.

## Coordinación de beneficios

Los beneficios del plan de un miembro pueden reducirse si el miembro tiene otra cobertura grupal médica, dental, de la vista o para medicamentos, de modo que los beneficios y los servicios que el miembro reciba de todas las coberturas grupales no excedan el 100 por ciento del gasto cubierto.

## Responsabilidad de terceros

Si un miembro se lesiona, la parte responsable puede estar legalmente obligada a pagar los gastos médicos relacionados con la lesión. Anthem Blue Cross puede recuperar los beneficios pagados por gastos médicos si el miembro cobra daños y perjuicios de un tercero legalmente responsable. Algunos ejemplos de situaciones de responsabilidad de terceros son accidentes automovilísticos y lesiones relacionadas con el trabajo.

## Anulación de la cobertura por información falsa y engañosa

La información falsa o engañosa o la falta de presentación de cualquier material necesario para la inscripción puede anular la cobertura a partir de la fecha en que un plan es emitido o retroactivamente ajustando la prima a lo que podría haber sido si hubiese presentado la información correcta. No se pagará ningún beneficio por ninguna reclamación presentada si se anula la cobertura. Las primas ya pagadas por el período de tiempo para el cual se rescindió la cobertura se reembolsarán, menos todas las reclamaciones pagadas.

## Proporción de atención médica contraída

Según lo exige la ley, te informamos que la proporción de atención médica contraída por Anthem Blue Cross y sus empresas afiliadas en 2007 fue del 80.43 por ciento. Esta proporción se calculó después de aplicar los descuentos de proveedores.

*Este folleto brinda información abreviada sobre los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. Consulta los formularios de divulgación y evidencia de cobertura combinados y/o el Certificado para obtener descripciones integrales de la cobertura, los beneficios, las circunstancias especiales y las limitaciones.*

Llama hoy mismo a tu agente de Anthem Blue Cross para averiguar si EmployeeElect es la elección correcta para ti.



Todos los planes médicos y dentales HMO, los planes Premier \$10/\$20 de copago y los planes PPO \$30/\$40 de copago para grupos pequeños son ofrecidos por Anthem Blue Cross. Todos los demás productos AD&D, seguros de vida grupales a término, dentales, de la vista y médicos para grupos pequeños son ofrecidos por Anthem Blue Cross Life & Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatarios independientes de Blue Cross Association.

La cobertura de compensación para el trabajador se provee a través de Employers<sup>®</sup> Compensation Insurance Company, una empresa independiente que no ofrece productos o servicios de la marca Blue. Los servicios administrativos para el plan Premium Only Plan (P.O.P.) son provistos por Ceridian Benefit Services, Inc., una empresa independiente que no está afiliada a Anthem Blue Cross, sus filiales o casa matriz.

© ANTHEM, LUMENOS y 360° HEALTH son marcas comerciales registradas. Dental Blue y el nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas de servicio registradas de Blue Cross Association.

ESTE FOLLETO ES UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA COBERTURA. EN EL CERTIFICADO Y/O EN LOS FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN Y EVIDENCIA DE COBERTURA COMBINADOS CONSTA UNA DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LA COBERTURA, LOS BENEFICIOS, LAS EXCLUSIONES Y LAS LIMITACIONES.