



PROTECCIÓN AL ALCANCE DE TU BOLSILLO

EmployeeElect para grupos pequeños Plan PPO GenRx con \$35 de copago

Te ayudamos a mantenerte saludable todo el año

Protección sólida Precios asequibles

PPO GenRx con \$35 de copago: la cobertura de medicamentos genéricos solamente mantiene las primas bajas y brinda grandes beneficios

Todo es para ti.

- Obtienes hasta \$5,000,000 en beneficios cubiertos durante tu vida
- Eliges de entre más de 53,000 médicos y especialistas y más de 400 hospitales
- Ahorras dinero porque hemos negociado tarifas más bajas con nuestros médicos dentro de la red
- Te beneficias del control médico preventivo de HealthyCheckSM por año
- Obtienes atención de emergencia mientras viajas por los EE. UU. y en todo el mundo las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Obtén los ahorros negociados de Anthem Blue Cross en medicamentos de marca.

Si bien el Plan GenRx con copago de \$35 no cubre medicamentos de marca, los miembros que deseen comprarlos pueden hacerlo a costos más asequibles negociados por Anthem Blue Cross. Solo tienes que presentar tu tarjeta de identificación de miembro en cualquier farmacia de la red.

Tu plan incluye valiosos programas y servicios.

360° Health[®] es nuestro exclusivo programa de servicios médicos diseñado para ayudarte a alcanzar un estado de salud más óptimo.

360° Health es un conjunto de recursos, programas, herramientas y servicios que unimos para rodearte de un entorno de total respaldo. Puede ayudarte a cuidar de ti mismo sin importar la etapa de salud en la que te encuentres y ayudarte a tomar decisiones fundadas sobre la atención médica. Ofrece tres niveles de respaldo adicional y compromiso. *¡Y todo sin costo adicional!*

360° Health te ofrece:

1 *El nivel uno comienza con la educación, además de herramientas clave y descuentos para maximizar el dinero que utilizas en atención médica. **Herramientas y recursos médicos***
Desde nuestro sitio web y a través de MyHealth@Anthem[®], powered by WebMD[®], obtienes acceso a herramientas personalizadas en Internet fáciles de usar e información médica confiable para ayudarte a tomar decisiones más fundadas sobre la atención médica. Nuestros centros de estilo de vida en Internet pueden señalarte la información médica que es más importante para ti. Además, nuestro programa SpecialOffers incluye descuentos en productos para la salud y el bienestar, algunos servicios de medicina alternativa, además de acceso a programas médicos en Internet.

2 *El segundo nivel ofrece una guía para que puedas obtener ayuda cuando necesites atención o, simplemente, puede ayudarte a alcanzar tus objetivos de bienestar. **Guía de salud***
Nuestra línea de enfermería 24/7 NurseLine ofrece acceso a personal de enfermería diplomado calificado para ayudarte a decidir si un problema requiere atención médica, de tal modo que puedas obtener el nivel de atención apropiado y evites preocuparte innecesariamente. Programas tales como MyHealth Assessment te ofrecen una idea general de tu estado de salud real, además, existen herramientas que te guían a medida que tomas decisiones importantes sobre la atención.

3 *Y finalmente, ayuda para miembros con necesidades médicas desafiantes. **Administración de salud***
Los miembros con afecciones médicas crónicas o agudas, tales como el asma, la diabetes, la arteriopatía coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardíaca obtienen un nivel de respaldo especializado adicional.

Plan PPO GenRx con \$35 de copago para grupos pequeños

El miembro es responsable de todos los montos indicados después del deducible, salvo que se indique lo contrario.

Las tarifas negociadas dentro de la red pueden significar de 30 a 40% de ahorro en comparación con las tarifas usuales de los proveedores.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	DENTRO DE LA RED Obtienes ahorros negociados	FUERA DE LA RED Pagas costos más altos
Deducible anual Para servicios dentro y fuera de la red combinados, el deducible anual se aplica al máximo en efectivo anual	\$500 para todos los servicios médicos excepto visitas al consultorio, controles médicos preventivos de HealthyCheck y medicamentos recetados; máximo de dos miembros	
Cargos máximos cubiertos de por vida pagados por Anthem Blue Cross Servicios dentro y fuera de la red combinados	\$5,000,000	
Máximo en efectivo anual	\$4,000 por miembro, máximo de dos miembros No rigen ciertos pagos del miembro ¹	Cuando los pagos de Anthem Blue Cross alcanzan los \$10,000 por miembro, el miembro no paga nada por los gastos cubiertos para el resto del año, salvo los cargos sobre los montos permitidos ¹
Visitas al consultorio No sujeto a deducible anual	\$35 de copago para las 12 primeras visitas al consultorio por miembro, visitas al consultorio adicionales. 45% de la tarifa negociada	50% de la tarifa negociada, más 100% de los cargos que excedan la tarifa
Otros servicios profesionales Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	50% de la tarifa negociada, más 100% de los cargos excedentes después del deducible anual
Servicio de internación del establecimiento para pacientes hospitalizados Se requiere revisión previa al servicio	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$650 por día después del deducible anual
Servicio profesional del establecimiento para pacientes hospitalizados (laboratorio, médico, anestesia)	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	50% de la tarifa negociada, más 100% de los cargos excedentes después del deducible anual
Servicios en establecimiento ambulatorio Se requiere revisión previa al servicio para determinados servicios de cirugía y procedimientos de diagnóstico	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$380 por día después del deducible anual
Centros de cirugía ambulatoria Se requiere revisión previa al servicio	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$380 por día después del deducible anual
Medicamentos recetados Cobertura solo para medicamentos genéricos indicados en el listado de medicamentos; los medicamentos de marca no están cubiertos, pero pueden comprarse a los ahorros negociados de Anthem Blue Cross en farmacias de la red presentando la tarjeta de miembro de Anthem Blue Cross Pago máximo de por vida para medicamentos para la infertilidad de Anthem Blue Cross de \$1500, dentro y fuera de la red combinados Minorista de suministros de 30 días; hasta un suministro de 60 días disponible a través de pedido por correo (los montos indicados corresponden a cada suministro para 30 días)	Genérico: \$15 de copago Medicamentos de marca: Sin cobertura Genérico autoinyectable (excepto insulina): 30% de la tarifa negociada	50% del programa de tarifas para determinados medicamentos, más 100% de los cargos que lo excedan si se obtienen dentro de California para medicamentos genéricos indicados en el listado de medicamentos
Controles médicos de HealthyCheckSM, de 7 años a adultos Incluye determinadas pruebas de laboratorio, inmunizaciones e información sobre educación médica	No sujeto a deducible anual \$25 o \$75 de copago para opciones de controles de salud	No disponible

¹ Los montos que no se aplican al máximo en efectivo anual incluyen, entre otros: copago pagado conforme al beneficio de farmacia; copago pagado para acupuntura o acupresión; copago para trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias adictivas (excepto para tratamiento de enfermedades mentales graves y problemas emocionales graves de un niño) ya sean provistos por un proveedor adherido o no adherido; copago por no haber obtenido la revisión previa al servicio; \$500 de copago por servicios de infertilidad; servicios no cubiertos y copago realizado a proveedores no adheridos.

La misma calidad, precio más bajo

El Plan PPO GenRx con \$35 de copago cubre medicamentos genéricos que cumplen con las mismas normas de la FDA de calidad, pureza y eficacia que los medicamentos de marca. Como los medicamentos genéricos cuestan en promedio entre 30 y 60 por ciento menos que sus equivalentes de marca, el plan puede proporcionarte ahorros importantes en las primas y aún así ofrecer cobertura integral de PPO.

La presente es una descripción general de cobertura. Para obtener una descripción completa de la cobertura, los beneficios y las limitaciones, consulta el Certificado. Revisa las exclusiones y limitaciones antes de solicitar la cobertura.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES	DENTRO DE LA RED Obtienes ahorros negociados	FUERA DE LA RED Pagas costos más altos
Inmunizaciones de bebés sanos y pruebas de detección en adultos Niños hasta los 6 años Inmunizaciones y controles regulares Desde los 7 años hasta adultos Incluye papanicolau, examen de mamas y mamografías para mujeres y estudio de antígeno prostático específico para hombres	\$35 de copago para visitas al consultorio; 35% de la tarifa negociada para todos los otros servicios cubiertos	50% de la tarifa negociada, más 100% de los cargos excedentes después del deducible anual
Atención de emergencia \$100 de copago para sala de emergencias para cada visita (no se cobra si se admite al paciente)	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	35% de las tarifas habituales y razonables, más 100% de los cargos excedentes para las primeras 48 horas después del deducible anual; después de las 48 horas, todos los cargos que excedan los \$650 por día después del deducible anual
Ambulancia	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	50% de la tarifa negociada, más 100% de los cargos excedentes después del deducible anual (en una emergencia médica)
Establecimiento de enfermería especializada 100 días por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$150 por día después del deducible anual
Atención médica a domicilio 100 visitas de cuatro hora por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$75 por visita después del deducible anual
Terapia física/ocupacional, atención quiropráctica 12 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
Acupuntura/acupresión 24 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados	Todas las tarifas negociadas que excedan los \$25 por visita después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
Salud mental/pacientes hospitalizados* Incluye adicciones a las drogas y al alcohol; 30 días por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	Todas las tarifas negociadas que excedan los \$175 por día después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$175 por día después del deducible anual
Servicios de salud mental/profesional para pacientes ambulatorios* Incluye adicciones a las drogas y al alcohol Una única visita por día, 20 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados	Todas las tarifas negociadas que excedan los \$25 por visita después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
Terapia de infusión Incluye quimioterapia Se requiere revisión previa al servicio	35% de la tarifa negociada luego del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$50 por día para todos los gastos de la terapia de infusión salvo los medicamentos; todos los cargos que excedan el precio de venta al por mayor promedio para todos los medicamentos de la terapia de infusión; todos los cargos que excedan el pago máximo combinado de Anthem Blue Cross de \$500 por día; después del deducible anual
Servicios de infertilidad Pago máximo de por vida de Anthem Blue Cross de \$2,000, dentro y fuera de la red combinados	\$500 de copago más 35% del saldo de la tarifa negociada después del deducible anual	\$500 de copago más 50% del saldo de la tarifa negociada, más 100% de los cargos excedentes después del deducible anual

* Excepto para cobertura de enfermedades mentales graves y problemas emocionales graves de un niño.

Exclusiones y limitaciones

A continuación se presenta una lista resumida de las exclusiones y limitaciones; consulta el Certificado para obtener más información.

- Todo monto que exceda los montos máximos establecidos en el Certificado.
- 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 recibes para los cuales no estás obligado legalmente a pagar.
- Servicios por los cuales no se te cobra en ausencia de cobertura de seguro.
- Servicios no enumerados específicamente como cubiertos en el Certificado.
- Servicios de parientes.
- Atención de la vista salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- Cirugía de ojos realizada exclusivamente con el fin de corregir defectos de refracción.
- Audífonos y pruebas auditivas de rutina salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- Cambios de sexo.
- Servicios dentales y de ortodoncia salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- Cirugía plástica.
- Exámenes físicos de rutina salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- Tratamiento de trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias adictivas (entre ellos, el consumo de nicotina) o pruebas psicológicas, salvo que esté establecido específicamente en el Certificado.
- Atención de pacientes reclusos.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios provistos por un organismo gubernamental local, estatal, o federal, salvo que tengas que pagarlos.

- Admisiones por diagnóstico.
- Consultas por teléfono o fax.
- Productos de comodidad personal.
- Asesoramiento nutricional.
- 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 antecedentes médicos familiares de anormalidad genética.
- 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.
- Servicios educativos salvo lo que Anthem Blue Cross disponga o acuerde específicamente.
- Servicios de infertilidad (entre ellos, reversión de esterilización) salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- Atención o tratamiento proporcionados en un hospital no contratado.
- Enfermería privada salvo lo establecido específicamente en el Certificado.
- 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.
- Dispositivos anticonceptivos, a menos que tu médico determine que los medicamentos anticonceptivos orales no son apropiados desde el punto de vista clínico.

Cláusulas generales

Privacidad del miembro

Nuestra **notificación de las prácticas de privacidad** completa proporciona un panorama general integral de las políticas y prácticas cuyo cumplimiento exigimos a fin de preservar los derechos de privacidad de nuestros miembros y el control del uso de su información de atención médica, entre las que se incluyen: el derecho de autorizar la divulgación de información; el derecho de limitar el acceso a información médica; la protección de información oral, escrita o electrónica; el uso de datos; y la información compartida con empleadores. Esta notificación puede descargarse de nuestro sitio web en anthem.com/ca u obtenerse llamando a Servicio al Cliente de grupos pequeños al 800-627-8797.

Revisión de utilización

El programa de revisión de utilización de Anthem Blue Cross ayuda a que los miembros reciban cobertura para el tratamiento apropiado en el entorno apropiado. Se incluyen cuatro procesos de revisión: 1) La revisión previa al servicio evalúa la necesidad médica antes de que se presten los servicios; 2) la revisión de admisión determina en el momento de la admisión si la hospitalización o cirugía es médicamente necesaria en caso de que no se lleve a cabo la revisión previa al servicio; 3) la revisión de hospitalización continuada determina si una hospitalización continuada es médicamente necesaria; 4) la revisión retrospectiva determina si la hospitalización o la cirugía fue médicamente necesaria después de que se haya proporcionado atención y si ninguna de las revisiones anteriores se llevaron a cabo. 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 relacionadas con la cobertura del miembro deben resolverse de acuerdo con el procedimiento para quejas de Anthem Blue Cross. Puedes informar tu queja por teléfono o por escrito. (Consulta tu tarjeta de identificación de Anthem Blue Cross para encontrar la información de contacto adecuada). Todas las quejas recibidas por Anthem Blue Cross que no puedan resolverse por teléfono (cuando sea apropiado) a satisfacción del miembro y de Anthem Blue Cross se recibirán por escrito,

junto con una descripción de la manera en que Anthem Blue Cross propone resolver la queja. Las quejas que no pueden resolverse por estos procedimientos se resolverán según lo indicado a través del arbitraje vinculante, o si el plan por el cual estás cubierto está regido por la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA), en cumplimiento con las reglas de ERISA. Si el grupo está regido por ERISA, y un miembro no está de acuerdo con la resolución de una queja propuesta por Anthem Blue Cross, el miembro puede presentar una apelación por teléfono o por escrito, comunicándose al número de teléfono o dirección impresa en el membrete de la carta de respuesta de Anthem Blue Cross.

A los fines de ERISA, existe un nivel de apelación. Para solicitudes de beneficios para atención de urgencia, Anthem Blue Cross responderá dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que se reciba la apelación. Para las solicitudes de beneficios previos al servicio, el miembro recibirá una respuesta dentro de los 30 días calendarios a partir de la fecha en que se reciba la apelación. Para las reclamaciones posteriores a los servicios, Anthem Blue Cross responderá dentro de los 60 días calendarios a partir de la fecha en que se reciba 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.

Departamento de seguros

El control del sector y la protección de los consumidores de seguros del estado son responsabilidades del Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance, CDI). El CDI regula, investiga y audita el sector de los seguros para asegurar que las empresas sigan siendo solventes y cumplan con sus obligaciones con los titulares de pólizas de seguro. Si tienes un problema en relación con tu cobertura, comunícale con Anthem Blue Cross primero para resolver el problema. Si los contactos entre tú (el reclamante) y Anthem Blue Cross (la Aseguradora) no han producido una solución satisfactoria al problema, es posible que desees comunicarte con el CDI. Te puedes comunicar por escrito a CDI Consumer Affairs Bureau 300 South Spring St. - South Tower, Los Angeles, CA 90013. El CDI también tiene un número telefónico para llamadas gratuitas, el 800-927-HELP (4357) al que puedes llamar para obtener ayuda.

Arbitraje vinculante

Si el plan se rige por ERISA, toda disputa que implique una decisión de beneficios adversa debe resolverse con las reglas del procedimiento para quejas de ERISA, y no está sujeto al arbitraje vinculante obligatorio. Los miembros pueden buscar arbitraje voluntario vinculante después de haber completado una apelación con las reglas de ERISA. Si el miembro tiene otra disputa que no involucra una decisión de beneficios adversa, o si el grupo no proporciona un plan que esté regido por ERISA, se aplicarán las siguientes cláusulas: todas las disputas entre el empleador y/o el miembro y Anthem Blue Cross, entre ellas, las reclamaciones por mala práctica médica, deben resolverse mediante arbitraje vinculante (no mediante una acción judicial, juicio ante un juez o jurado, u otro proceso judicial, salvo en la medida en que la ley de California estipule una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje), si el monto en disputa excede el límite jurisdiccional del tribunal de reclamaciones menores. En virtud de esta cobertura, tanto el miembro como Anthem Blue Cross ceden el derecho de participar en un arbitraje en grupo o que se tome una determinación sobre alguna disputa ante un tribunal 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 es considerada como cobertura principal para grupos de 20 o más empleados. Esta cobertura de Anthem Blue Cross no es un suplemento de Medicare, pero proporciona beneficios de acuerdo con la cláusula de Medicare de no duplicación.

Si Medicare es el plan médico principal de un miembro, Anthem Blue Cross no proporcionará beneficios que dupliquen algún beneficio al que tengas derecho a través de Medicare. Esto significa que cuando Medicare constituye la cobertura médica principal, los beneficios se proporcionan de acuerdo con los beneficios del plan, menos todo monto pagado por Medicare. Si tienes derecho a la Parte A y B de Medicare, serás elegible para la cobertura de Medicare de no duplicación, con coordinación complementaria de beneficios. Sin embargo, si tienes que pagar una prima adicional a la administración de seguro social por cualquier parte de

Medicare, entonces la política mencionada anteriormente se aplicará solamente si estás inscrito en esa parte de Medicare. Importante: Los empleados/dependientes elegibles de Medicare inscritos en planes donde Medicare es principal pueden obtener un plan individual complementario de Medicare de Anthem Blue Cross con exención de la exclusión por afección preexistente.

Coordinación de beneficios

Los beneficios del plan de un miembro pueden verse reducidos si el miembro cuenta con otra cobertura médica grupal, dental, de medicamentos o de la vista, a fin de que los beneficios y servicios que reciba el miembro de todas las coberturas de grupo no excedan el 100 por ciento de los gastos cubiertos.

Responsabilidad de terceros

Si un miembro sufre una lesión, la parte responsable puede estar legalmente obligada a pagar los gastos médicos relacionados con esa lesión. Anthem Blue Cross puede recuperar beneficios pagados por gastos médicos si el miembro recupera los daños causados por un tercero legalmente responsable. Ejemplos de situaciones de responsabilidades de terceros incluyen 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 Anthem Blue Cross y la proporción de atención médica incurrida por sus compañías afiliadas en el 2007 fue de 80.43 por ciento. Esta proporción se calculó después de aplicar los descuentos de proveedor.



Anthem Blue Cross y sus afiliados de marca Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, son planes de salud acreditados por el NCQA.

Los artículos y servicios disponibles a través de programas de descuentos no constituyen beneficios de cobertura. Anthem Blue Cross no respalda ni recomienda ningún artículo o servicio proporcionado con descuento por estos vendedores o proveedores. Estos programas pueden modificarse o retirarse en cualquier momento sin que lo notifique el vendedor o proveedor que los provee.

El Plan PPO GenRx con \$35 de copago es ofrecido por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

Planes de atención médica provistos por Anthem Blue Cross. Planes de seguro provistos por Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatarios independientes de Blue Cross Association. © ANTHEM y 360° HEALTH son marcas registradas. © El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association. El sitio web de WebMD es propiedad y está operado por WebMD Health Corp. WebMD Health es responsable exclusivo de su sitio web y no está afiliado a Anthem Blue Cross ni a ninguna filial de Anthem Blue Cross.

[anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca)