



DISEÑOS SUPERIORES

# EmployeeElect para grupos pequeños Plan Premier PPO \$10 de copago

Te ayudamos a mantenerte saludable todo el año

# Grandes beneficios más una cobertura completa para medicamentos de marca

## Premier PPO \$10 de copago: un plan de calidad que ofrece grandes beneficios como una cobertura completa para medicamentos de marca

### Todo es para ti.

- Obtienes hasta \$5,000,000 en beneficios cubiertos a lo largo de toda tu vida
- Eliges de entre más de 53,000 médicos y especialistas y de más de 400 hospitales
- Ahorras dinero porque hemos negociado tarifas más bajas con nuestros médicos dentro de la red
- Eliges entre un examen físico anual o un control médico preventivo de HealthyCheck<sup>SM</sup> todos los años sin pagar deducible
- 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

### Tu plan incluye valiosos programas y servicios.

360° Health<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>, powered by WebMD<sup>®</sup>, 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 Premier PPO \$10 de copago para grupos pequeños

El miembro es responsable de todos los montos indicados después del deducible(s), 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 Pagos costos más altos
<b>Deducible anual</b> Para servicios dentro y fuera de la red combinados, el deducible anual se aplica al máximo en efectivo anual	\$250 por miembro para todos los servicios médicos excepto visitas al consultorio, exámenes físicos anuales y controles médicos de HealthyCheck y medicamentos recetados, máximo de dos miembros	
<b>Cargos máximos cubiertos de por vida pagados por Anthem Blue Cross</b> Servicios dentro y fuera de la red combinados	\$5,000,000	
<b>Máximo en efectivo anual<sup>1</sup></b> Los máximos dentro y fuera de la red se acumulan por separado	\$2,500 por miembro, máximo de dos miembros No rigen ciertos pagos del miembro <sup>1</sup>	\$5,000 por miembro, máximo de dos miembros
<b>Visitas al consultorio</b> No sujetas al deducible anual	\$10 de copago para las primeras 12 visitas al consultorio por miembro, visitas al consultorio adicionales 30% de las tarifas negociadas	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Otros servicios profesionales</b> Incluye maternidad, laboratorio de diagnóstico y radiografías	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Servicio de internación del establecimiento para pacientes hospitalizados</b> Se requiere revisión previa al servicio	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Servicio profesional del establecimiento para pacientes hospitalizados</b> (laboratorio, médico, anestesia)	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Servicios en establecimiento ambulatorio</b> Se requiere una revisión previa al servicio para determinados servicios de cirugía y procedimientos de diagnóstico	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Centros de cirugía ambulatoria</b> Se requiere revisión previa al servicio	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$540 por día después del deducible anual
<b>Medicamentos recetados<sup>2</sup></b> Suministro minorista de 30 días hasta un suministro de 60 días a través de pedido por correo (los montos indicados corresponden a cada suministro para 30 días)	Genéricos: \$10 de copago Medicamentos de marca: \$20 de copago Autoinyectables (excepto insulina): 30% de la tarifa negociada	30% del programa de tarifas para determinados medicamentos más 100% de los cargos que lo excedan si se obtienen dentro de California
<b>Opciones de Cuidado Preventivo Anual (no están sujetas a deducible):</b> cada miembro de la familia que tenga 7 años o más puede elegir entre un examen físico y un control médico de HealthyCheck		
<b>Examen Físico</b> El pago máximo de Anthem Blue Cross es de \$2,00 para los miembros que tengan cobertura desde hace más de 6 meses / \$100 si no es así, combinación dentro y fuera de la red	\$10 de copago por las consultas más 10% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos adicionales
<b>Controles médicos de HealthyCheck<sup>SM</sup></b> Incluye determinadas pruebas de laboratorio, inmunizaciones e información sobre educación de salud	\$25 o \$75 de copago para opciones de controles médicos	No disponible

<sup>1</sup> Los servicios que no se aplican al máximo en efectivo anual incluyen, entre otros: copago pagado por el beneficio de farmacia; copago pagado por acupuntura/acupresión; copago por trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias adictivas (excepto para tratamiento de enfermedades mentales graves y problemas emocionales graves de un niño); copago por no obtener la revisión antes del servicio; pagos por controles médicos de HealthyCheck; \$500 de copago por servicios de tratamiento por infertilidad; servicios no cubiertos.

<sup>2</sup> Medicamentos para tratar la infertilidad: pago máximo de por vida para medicamentos para tratar la infertilidad de \$1,500 a cargo de Anthem Blue Cross, dentro y fuera de la red combinados. Todos los medicamentos: si un miembro elige un medicamento de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, aún si el médico indica en la receta no sustituir ("dispense as written" o "do not substitute"), el miembro es responsable del copago del medicamento genérico más la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el genérico equivalente. El monto pagado no se aplica al deducible de marca del miembro.

La presente es una descripción general de cobertura. Para obtener una descripción completa de la cobertura, los beneficios y las limitaciones consulta el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados. 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
<b>Inmunizaciones de bebés sanos y pruebas de detección en adultos</b> <b>Niños hasta los 6 años</b> Chequeos regulares e inmunizaciones <b>Desde los 7 años hasta adultos</b> Incluye Papanicolaou anual, examen de mamas y mamografías para mujeres y estudio de antígeno prostático para hombres	\$10 de copago por visitas al consultorio (no está sujeto a deducible) más 10% de la tarifa negociada para todos los demás servicios cubiertos después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual
<b>Atención de emergencia</b> \$100 de copago para sala de emergencia parar cada visita (no se cobra si se admite al paciente)	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	10% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos excedentes para las primeras 48 horas después del deducible anual; después de 48 horas, 30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que las excedan después del deducible anual
<b>Ambulancia</b>	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	30% de las tarifas habituales y razonables más 100% de los cargos que las excedan después del deducible anual (en una emergencia médica)
<b>Establecimiento de enfermería especializada</b> 100 días por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$150 por día después del deducible anual
<b>Atención médica a domicilio</b> 100 visitas de cuatro horas por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$75 por visita después del deducible anual
<b>Terapia física/ocupacional; atención quiropráctica</b> 12 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
<b>Acupuntura/acupresión</b> 24 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
<b>Salud mental/pacientes hospitalizados*</b> 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 cuotas negociadas que excedan los \$175 por día después del deducible anual	Todos los cargos que superen los \$175 por día después del deducible anual
<b>Servicios de salud mental/profesional para pacientes ambulatorios*</b> Incluye adicciones a las drogas y al alcohol, una única visita por día, 20 visitas por año, dentro y fuera de la red combinados; se requiere revisión previa al servicio	Todas las cuotas negociadas que excedan los \$25 por visita después del deducible anual	Todos los cargos que excedan los \$25 por visita después del deducible anual
<b>Terapia de infusión</b> Incluye quimioterapia Se requiere revisión previa al servicio	10% de la tarifa negociada después del deducible anual	Todos los cargos que excedan \$50 por día para todos los gastos de terapias de infusión a excepción de los medicamentos; todos los cargos que excedan el precio de venta al por mayor promedio para todos los medicamentos de terapia de infusión; todos los cargos que excedan el pago máximo combinado de Anthem Blue Cross de \$500 por día; después del deducible anual
<b>Servicios de tratamiento por infertilidad</b> Pago máximo de por vida de Anthem Blue Cross de \$2,000, dentro y fuera de la red combinados	\$500 de copago más 10% del saldo de la tarifa negociada después del deducible anual	\$500 de copago más 30% del saldo de los cargos acostumbrados y razonables más 100% de los cargos que la excedan después del deducible anual

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

## Exclusiones y limitaciones

A continuación se muestra una lista resumida de las exclusiones y limitaciones; para obtener más información consulta el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.

- Todo monto que exceda los máximos establecidos en el 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 conforme a alguna ley de compensación del trabajador o afín.
- Servicios que recibes y por los cuales no estás 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.
- Servicios de atención oftalmológica salvo lo establecido específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- 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 formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Cambios de sexo.
- Servicios dentales y de ortodoncia salvo lo establecido específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Cirugía plástica.
- Exámenes físicos de rutina, salvo lo establecido específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Tratamiento de trastornos mentales nerviosos y abuso de sustancias adictivas (incluido el consumo de nicotina) o pruebas psicológicas, salvo que esté establecido específicamente en el formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- 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 para diagnóstico.
- Consultas por teléfono o fax.
- Productos de comodidad personal.
- Asesoramiento nutricional.
- Membresías 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 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.
- 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 formulario de divulgación y evidencia de cobertura combinados.
- Atención o tratamiento proporcionados en un hospital no contratado.
- Enfermería privada salvo lo establecido específicamente en el 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.
- 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](http://anthem.com/ca) u obtenerse llamando al Servicio al Cliente de grupos pequeños al 800-627-8797.

### Revisión 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 un plazo de 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 un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la apelación. Para las reclamaciones posteriores a los servicios, Anthem Blue Cross responderá dentro de un plazo de 60 días calendario 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, puedes elegir que la disputa se resuelva mediante opciones alternativas de resolución, tales como el arbitraje vinculante voluntario.

#### **Departamento de atención médica administrada**

El Departamento de atención médica administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tienes una queja contra tu plan médico, primero debes llamar a éste al 800-627-8797 y usar el procedimiento de para quejas de tu plan médico antes de contactarte con el DMHC. La utilización de este procedimiento para quejas no prohíbe ningún derecho legal potencial o recurso que puedas tener disponibles para ti. Si necesitas ayuda con una queja que implique una emergencia, una queja que no se resolvió satisfactoriamente por tu plan médico o una queja que no se resolvió dentro de un plazo de 30 días, puedes llamar al DMHC para obtener ayuda. Tu caso también puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si eres elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o de investigación y las disputas

sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El DMHC también tiene un número telefónico 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](http://www.hmohelp.ca.gov), cuenta con formularios de quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en Internet.

#### **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 vinculante voluntario después de haber completado una apelación con las reglas de ERISA. Si el miembro tiene otra disputa que no involucre una decisión de beneficios adversa o si el grupo no proporciona un plan que este 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 menores de 20 empleados. La cobertura de Anthem Blue Cross es considerada como cobertura principal para grupos de 20 ó 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 no duplicada de Medicare con coordinación complementaria de

beneficios. Sin embargo, si tienes que pagar una prima adicional a la Administración del 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 pueden 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 periodo de tiempo por 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 Blue Cross of California y sus compañías afiliadas en 2007 fue de 80.43 por ciento. Esta proporción se calculó después de aplicar los descuentos de proveedores.



Anthem Blue Cross es un plan de salud acreditado 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 proveedor o vendedor.

El plan Premier PPO \$10 de copago es ofrecido por Anthem Blue Cross.

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)