

# Su Resumen de Beneficios



Anthem® Blue Cross

Su plan: Green Dot Public Schools (CA): Custom Premier HMO

Su red: California Care HMO

Visitas con proveedores de atención virtual únicamente	Costo través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/agudos	\$10 copago por visita
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	\$10 copago por visita
Atención de especialistas	\$20 copago por visita

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
Deducible general	\$0 persona
Límite general de gastos de bolsillo	\$1,500 por una persona / \$3,000 familia

Para obtener los beneficios de este plan, debe usar proveedores dentro de la red. **Los servicios brindados por proveedores fuera de la red no están cubiertos**, salvo en caso de emergencia o atención de urgencia, servicios autorizados, medicamentos con receta en una farmacia minorista o cuando así lo disponga la ley. En caso de no saber si hemos aprobado algún servicio autorizado, póngase en contacto con nosotros

El límite de gastos de bolsillo por familia está integrado, lo que significa que cada persona cubierta tiene un límite de gastos de bolsillo por individual. Además, los costos compartidos para todos los familiares cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo por familia; sin embargo, ningún miembro pagará más del límite de gastos de bolsillo por individual.

Todos los deducibles, copagos y coseguros médicos y para medicamentos recetados se cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo. (Excluido el tratamiento de infertilidad)

**Visitas al médico (virtuales y en el consultorio)** Su plan requiere que seleccione un médico de atención primaria (PCP). Es necesaria una referencia de su médico de atención primaria (PCP) para recibir atención de un especialista y de la mayoría de los proveedores para ciertos servicios cubiertos.

Atención primaria (médico de atención primaria, PCP), y servicios de trastornos de salud mental y uso de sustancias virtual y en el consultorio	\$10 copago por visita
Atención de especialistas virtual y en el consultorio	\$20 copago por visita

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
<p><b><u>Visitas a otros profesionales de la salud</u></b></p> <p><b>Atención de maternidad de rutina</b> (Atención prenatal y posparto)</p> <p><b>Clínica médica en establecimientos minoristas</b> para atención de rutina y tratamiento de enfermedades comunes; por lo general, se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas.</p> <p><b>Terapia de manipulación</b> <i>La cobertura se limita a 60 días por periodo de beneficio.</i></p> <p><b>Acupuntura</b></p>	<p>\$10 copago por visita</p> <p>\$10 copago por visita</p> <p>\$10 copago por visita</p> <p>\$10 copago por visita</p>
<p><b><u>Otros servicios en un consultorio</u></b></p> <p><b>Pruebas de alergia</b></p> <p><b>Medicamentos recetados</b> <i>Provistos en el consultorio</i> <i>Costo compartido máximo por miembro de \$150 por medicamento.</i></p> <p><b>Cirugía</b></p>	<p>\$10 copago por visita</p> <p>20% de coseguro</p> <p>\$10 copago por cirugía</p>
<p><b>Servicios preventivos / chequeos / inmunizaciones</b></p>	<p>Sin cargo</p>
<p><b>Atención preventiva para afecciones crónicas según las pautas del Servicio de Rentas Internas (IRS)</b></p>	<p>Sin cargo</p>
<p><b><u>Servicios de diagnóstico</u></b></p> <p><b>Laboratorio</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Centro laboratorio independiente</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p><b>Radiografía</b></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
<p><b>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes</b> <i>por ejemplo: tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía axial computarizada (CAT)</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Laboratorio independiente Centro de radiología</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p><b><u>Atención urgente y de emergencia</u></b></p> <p><b>Atención urgente</b> <i>incluye servicios del médico. Es posible que se apliquen cargos adicionales según la atención brindada.</i></p> <p><b>Servicios de la sala de emergencias</b> <i>Su copago se cancelarán si usted es admitido.</i></p> <p><b>Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios</b></p> <p><b>Ambulancia</b></p>	<p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b> \$10 copago por visita</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b> \$100 copago por visita</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b> Sin cargo</p> <p><b>Proveedores Dentro de la Red y Fuera de la Red:</b> \$100 copago por viaje</p>
<p><b>Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en un centro</b></p> <p>Tarifas del centro</p> <p>Servicios médicos</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p><b><u>Cirugía para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Tarifas del centro</b></p> <p>Hospital</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p><b>Médico y otros servicios</b> que incluyen tarifas del cirujano</p> <p>Hospital</p>	<p>\$100 copago por visita</p> <p>\$100 copago por visita</p> <p>Sin cargo</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
<p><b><u>Hospital (Incluidos los servicios de maternidad y para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias)</u></b>  <i>Si vuelve a ser admitido dentro de 72 horas por la misma afección, no se requiere copago adicional en el centro. Si se le transfiere de un centro a otro, solo aplicará un copago.</i></p> <p><b>Tarifas del centro</b></p> <p><b>Médico y otros servicios</b> <i>que incluyen tarifas del cirujano</i></p>	<p>\$200 copago por admisión</p> <p>Sin cargo</p>
<p><b>Atención médica a domicilio</b>  <i>La cobertura se limita a 100 visitas por periodo de beneficio.</i></p>	<p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación y recuperación de las habilidades</b> <i>incluidas terapias física, ocupacional y del habla.</i>  <i>La cobertura de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla se limita a 60 visitas combinadas por período de beneficios.</i></p> <p>Consultorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$10 copago por visita</p> <p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Rehabilitación pulmonary</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p>	<p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Rehabilitación cardíaca</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p>	<p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Diálisis/Hemodiálisis</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p>	<p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Quimio/Radioterapia</b> <i>servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios en el consultorio</i></p>	<p>\$10 copago por visita</p>
<p><b>Atención de enfermería especializada (en un centro)</b>  <i>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficio.</i></p>	<p>Sin cargo</p>
<p><b>Centro para pacientes internados terminales</b></p>	<p>Sin cargo</p>
<p><b>Equipo Médico Duradero</b></p>	<p>20% de coseguro</p>
<p><b>Dispositivos prostéticos</b></p>	<p>Sin cargo</p>

Beneficios Médicos Cubiertos	Sus costos si usted usa Proveedor Dentro de la Red
<b>Servicios de infertilidad</b> <i>La cobertura se limita a \$2,000 máximo de por periodo de beneficio.            No cubierto: Reversiones de esterilizaciones electivas.</i>	50% de coseguro

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Preferida de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
<b>Deducible de farmacia</b>	No corresponde	No corresponde	No corresponde
<b>Límite de gastos de bolsillo de farmacia</b>	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red	Combinado con el límite de gastos de bolsillo para atención médica dentro de la red

**Cobertura de medicamentos recetados**

**La red: Rx Choice Tiered Network**

**Lista de medicamentos: Essential** No se cubrirán los medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos de Essential.

**Límites en cuanto a los días de suministro:**

**Farmacia minorista** suministro para 30 días en *(las distribuciones de costos se indican a continuación)*

**Farmacia Retail 90** suministro para 90 días *(se aplica 3 veces los costos compartidos del suministro para 30 días que se cobran en las farmacias minoristas de red preferido y dentro de la red indicadas a continuación).*

**Farmacia con entrega a domicilio** Suministro para 90 días *(a continuación, se indican los costos compartidos máximos).* Los medicamentos de mantenimiento están disponibles a través de farmacia CarelonRx. Deberá llamarnos al número que se figura en su tarjeta de identificación para inscribirse cuando utilice el servicio por primera vez.

**Farmacias de especialidades** Suministro para 30 días *(se aplican los costos compartidos que se indican a continuación para venta minorista y entrega a domicilio)* Es posible que solicitemos que nuestra farmacia especializada designada lleve ciertos medicamentos que requieran un manejo especial, coordinación con el proveedor o información del paciente.

<b>Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos</b>	\$15 copago por receta (venta minorista y entrega a domicilio)	\$25 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
<b>Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos</b>	\$35 copago por receta (venta minorista) y \$70 copago por receta (entrega a domicilio)	\$45 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)

Beneficios de Medicamentos Recetados Cubiertos	Sus costos si usted usa una Farmacia Preferida de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Dentro de la Red	Sus costos si usted usa una Farmacia Fuera de la Red
<b>Nivel 3 - Normalmente medicamentos de marca no preferidos</b>	\$70 copago por receta (venta minorista) y \$140 copago por receta (entrega a domicilio)	\$80 copago por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)
<b>Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)</b>	20% de coseguro hasta \$150 por receta (venta minorista) y 20% de coseguro hasta \$300 por receta (entrega a domicilio)	20% de coseguro hasta \$150 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)	50% de coseguro hasta \$250 por receta (venta minorista) y Sin cobertura (entrega a domicilio)

**Notas:**

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

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

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

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

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

Se ha dejado en blanco  
intencionalmente

## Get help in your language

### Language Assistance Services

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

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

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

#### Spanish

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? De lo contrario, podemos hacer que alguien lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

#### Arabic

مهم: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم تستطع، فيمكننا الاستعانة بشخص ما ليساعدك على قراءتها. كما يمكنك أيضًا الحصول على هذا الخطاب مكتوبًا بلغتك. للحصول على المساعدة المجانية، يُرجى الاتصال فورًا بالرقم 1-888-254-2721 (TTY/TDD:711).

#### Armenian

ՈՒՇՏԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք ընթերցել այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք տրամադրել ինչ-որ մեկին, ով կօգնի Ձեզ՝ կարդալ այն: Կարող ենք նաև այս նամակը Ձեզ գրավոր տարբերակով տրամադրել: Անվճար օգնություն ստանալու համար կարող եք անհապաղ զանգահարել 1-888-254-2721 հեռախոսահամարով: (TTY/TDD: 711)

#### Chinese

**重要事項:** 您能看懂這封信函嗎? 如果您看不懂, 我們能夠找人協助您。您有可能可以獲得以您的語言而寫的本信函。如需免費協助, 請立即撥打1-888-254-2721。(TTY/TDD: 711)

#### Farsi

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر نمی‌توانید، می‌توانیم شخصی را به شما معرفی کنیم تا در خواندن این نامه شما را کمک کند. همچنین می‌توانید این نامه را به صورت مکتوب به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، همین حالا با شماره 1-888-254-2721 تماس بگیرید. (TTY/TDD:711)

#### Hindi

**महत्वपूर्ण:** क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? अगर नहीं, तो हम आपको इसे पढ़ने में मदद करने के लिए किसी को उपलब्ध करा सकते हैं। आप यह पत्र अपनी भाषा में लिखवाने में भी सक्षम हो सकते हैं। निःशुल्क मदद के लिए, कृपया 1-888-254-2721 पर तुरंत कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

#### Hmong

**TSEEM CEEB:** Koj puas muaj peev xwm nyeem tau daim ntawv no? Yog hais tias koj nyeem tsis tau, peb muaj peev xwm cia lwm tus pab nyeem rau koj mloog. Tsis tas li ntawd tej zaum koj kuj tseem yuav tau txais daim ntawv no sau ua koj hom lus thiab. Txog rau kev pab dawb, thov hu tam sim no rau tus xov tooj 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

#### Japanese

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



重要：この書簡を読めますか？もし読めない場合には、内容を理解するための支援を受けることができます。また、この書簡を希望する言語で書いたものを入手することもできます。次の番号にいますぐ電話して、無料支援を受けてください。  
1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

**Khmer**  
សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានលិខិតនេះទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឱ្យមន្ត្រីនិយាយជាភាសាដទៃអ្នកស្រាប់។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះដោយសរសេរជាភាសាដទៃផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខ 1-888-254-2721។ (TTY/TDD: 711)

**Korean**  
중요: 이 서신을 읽으실 수 있으십니까? 읽으실 수 없을 경우 도움을 드릴 사람이 있습니다. 귀하가 사용하는 언어로 쓰여진 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료 도움을 받으시려면 즉시 1-888-254-2721로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

**Punjabi**  
ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਿਵੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਿਕਸੇ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਇੰਟ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਿਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੱਖੀ ਪੜ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਿਕਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

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

**Tagalog**  
MAHALAGA: Nababasa ba ninyo ang liham na ito? Kung hindi, may taong maaaring tumulong sa inyo sa pagbasa nito. Maaari ninyo ring makuha ang liham na ito nang nakasulat sa ginagamit ninyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

**Thai**  
หมายเหตุสำคัญ: ท่านสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้หรือไม่ หากท่านไม่สามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ เราสามารถจัดหาเจ้าหน้าที่มาอ่านให้ท่านฟังได้ ท่านยังอาจให้เจ้าหน้าที่ช่วยเขียนจดหมายในภาษาของท่านอีกด้วย หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อที่หมายเลข 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

**Vietnamese**  
QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc thư này hay không? Nếu không, chúng tôi có thể bố trí người giúp quý vị đọc thư này. Quý vị cũng có thể nhận thư này bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ miễn phí, vui lòng gọi ngay số 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

### It's important we treat you fairly

That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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