

Anthem Blue Cross

Su plan: University of California UC Care Plan

Su red: UC Select y Anthem Preferred

Vigente el: 1.º de enero de 2021

Consulte la sección Notas para obtener información importante sobre el plan.

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Deducible por año calendario	Ninguno	\$500 individual/ \$1,000 por familia	\$750 individual/ \$1,750 por familia
Límite de gastos de bolsillo por año calendario <i>Cuando alcance su límite de gastos de bolsillo, ya no tendrá que pagar costos compartidos durante el resto del año calendario.</i>	\$6,100 individual/ \$9,700 por familia	\$7,600 individual/ \$14,200 por familia	\$9,600 individual/ \$20,200 por familia
Servicios en el consultorio médico y de atención a domicilio			
Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Coseguro del 50%
Visita de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Copago de \$20 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Visita a un especialista	Copago de \$20 por visita	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Atención prenatal y posparto	Copago de \$20 por visita <i>(solo la visita inicial)</i>	Coseguro del 30% (factura global por embarazo)	Coseguro del 50% (factura global por embarazo)
Visitas a otros profesionales de la salud			
Clínica de salud minorista	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
LiveHealth Online (www.livehealthonline.com)	Copago de \$20 por consulta (sin deducible)		N/A
Atención quiropráctica. <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 24 visitas por año calendario En combinación con acupuntura.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Acupuntura. <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 24 visitas por año calendario En combinación con servicios quiroprácticos.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
<p>Otros servicios en un consultorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de alergia Suero para el tratamiento de alergias (<i>se factura por separado con respecto a la visita al consultorio</i>) Quimioterapia y radioterapia Diálisis/hemodiálisis Inyectables en el consultorio. <i>Para los medicamentos dispensados en el consultorio a través de infusión o inyección.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por visita Coseguro del 20% Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita Sin cargo 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Servicios de diagnóstico</p> <p>Laboratorio: Nota: Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Laboratorio independiente Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Radiografías: Nota: Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro de radiografías independiente Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
<p>Diagnóstico por imágenes avanzado (por ejemplo, resonancia magnética nuclear [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía axial computarizada [CAT]):</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultorio Centro de radiografías independiente Hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30% 	<ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Atención de urgencia y de emergencia Servicios de la sala de emergencias <i>El deducible no se aplica.</i> Servicios médicos de la sala de emergencias y otros servicios	Copago de \$300 por visita Sin cargo	Copago de \$300 por visita Sin cargo	Copago de \$300 por visita Sin cargo
Ambulancia (terrestre o aérea)	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Copago de \$200 por viaje (sin deducible)	Copago de \$200 por viaje (sin deducible)
Atención de urgencia (en el consultorio) <i>Es posible que exista un copago adicional si el mismo proveedor o un proveedor diferente presta servicios profesionales únicos por separado.</i>	Copago de \$20 por visita	Copago de \$20 por visita (sin deducible)	Coseguro del 50%
Atención médica del comportamiento, de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios/hospitalizados <i>Se cancela el deducible para proveedores de Anthem Preferred.</i> Visita al consultorio médico Visita a un centro: Tarifas del centro para pacientes ambulatorios Tarifas del centro para pacientes hospitalizados	Visitas 1 a 3: sin cargo; Visita 4+: copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita Copago de \$250 por admisión		Coseguro del 50% Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Cirugía para pacientes ambulatorios Tarifas del centro: Hospital o centro quirúrgico independiente Servicios médicos y otros servicios	\$100 por cirugía Sin cargo	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Hospitalización (la mayoría de las hospitalizaciones, incluso por maternidad) Tarifas del centro (por ejemplo, habitación y alimentos) Cirugía bariátrica <i>(cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo para la obesidad mórbida)</i> Servicios médicos y otros servicios	\$250 por admisión \$250 por admisión Sin cargo	Coseguro del 30% Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Sin cobertura Coseguro del 50%
Recuperación y rehabilitación Atención médica a domicilio <i>La cobertura tiene un límite de 100 visitas por año calendario.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Sin cobertura
Servicios de rehabilitación/recuperación de las habilidades (por ejemplo, fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional): Consultorio: <i>Los costos pueden variar según el centro de servicios.</i> Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Rehabilitación cardíaca Consultorio Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita Copago de \$20 por visita	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Atención de enfermería especializada (en un centro) <i>La cobertura para todos los proveedores tiene un límite de 100 días por año calendario.</i>	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Hospicio	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Equipo médico duradero	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Dispositivos prostéticos	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Audifonos (limitado a \$2000 cada 36 meses)	N/A (servicios cubiertos por Anthem Preferred)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Beneficios de atención de diabetes Dispositivos, equipos y suministros Entrenamiento de autoadministración para la diabetes: en el consultorio <i>(si estuviese facturado por su proveedor, también será responsable del copago para la visita al consultorio)</i>	Coseguro del 20% Copago de \$20 por visita	Coseguro del 30% Coseguro del 30%	Coseguro del 50% Coseguro del 50%
Vacunas para viajes <i>Consulte el folleto de beneficios del plan para obtener más información sobre las vacunas e inmunizaciones cubiertas.</i>	Sin cargo	Sin cargo (sin deducible)	Coseguro del 50%
Servicios para la infertilidad Diagnóstico de causa de infertilidad <i>(Sin cobertura: tratamiento de la infertilidad, fertilización in vitro, inyectables para tratar la infertilidad, la inseminación artificial, GIFT y ZIFT)</i>	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Planificación familiar Asesoramiento y consultas <i>(incluye visitas al consultorio del médico para ajustes de diafragmas, anticonceptivos inyectables o implantables).</i> Ligadura de trompas <i>(es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).</i>	Sin cargo Sin cargo	Sin cargo Sin cargo	Coseguro del 50% Coseguro del 50%

Beneficios médicos cubiertos	Sus costos si usted usa proveedores de UC Select	Sus costos si usted usa proveedores de Anthem Preferred	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red
Vasectomía (es posible que se aplique un copago adicional en el centro cuando los servicios se prestan en un hospital).	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Atención fuera del área de servicio del plan			
Dentro de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core	Todos los servicios cubiertos prestados a través de un Programa BlueCard®, para la atención de emergencia fuera del estado y la atención que no es de emergencia, se prestan en un nivel de Anthem Preferred de la cantidad aprobada del Plan Blue local cuando usa un proveedor dentro de la red.		
Fuera de Estados Unidos: Blue Cross Blue Shield Global Core	Todos los servicios cubiertos para la atención de emergencia y que no es de emergencia serán elegibles para el reembolso cuando se reciben fuera de los EE. UU. Consulte el nivel de Anthem Preferred para conocer los servicios cubiertos. La mayoría de los servicios estarán sujetos al deducible de Anthem Preferred y al coseguro de 20%; se aplicarán copagos únicos cuando se indique.		
Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa una farmacia dentro de la red	Sus costos si usted usa una farmacia fuera de la red	
Deducible de farmacia	Ninguno	Ninguno	
Gastos de bolsillo de farmacia	Combinado con el máximo de atención médica de proveedores de UC Select	Combinado con atención médica	
Cobertura de medicamentos recetados: Este plan usa una Lista Esencial de Medicamentos de 4 Niveles. Los medicamentos que no están en la lista no están cubiertos. Consulte la lista de medicamentos en www.anthem.com/ca/pharmacyinformation para determinar qué Niveles se aplican a sus recetas.			
Farmacia minorista: suministro para hasta 30 días			
Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Copago de \$5 por receta.	Coseguro del 50% por receta.	
Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos	Copago de \$25 por receta.	Coseguro del 50% por receta.	
Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/algunos medicamentos especializados	Copago de \$40 por receta.	Coseguro del 50% por receta.	
Farmacias de UC, farmacias especificadas* y farmacias con entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días. Si obtiene un suministro para 90 días, se aplicarán dos (2) copagos de farmacia minorista por receta.			
Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Copago de \$10 por receta.	Sin cobertura	
Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos	Copago de \$50 por receta.	Sin cobertura	

Beneficios de medicamentos recetados cubiertos	Sus costos si usted usa una farmacia dentro de la red	Sus costos si usted usa una farmacia fuera de la red
Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/algunos medicamentos especializados	Copago de \$80 por receta.	Sin cobertura
Farmacias Retail90: suministro para hasta 90 días Si obtiene un suministro para 90 días, se aplicarán tres (3) copagos de farmacia minorista por receta.		
Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Copago de \$15 por receta.	Sin cobertura
Nivel 2: Normalmente medicamentos de marca/preferidos	Copago de \$75 por receta.	Sin cobertura
Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos/algunos medicamentos especializados	Copago de \$120 por receta.	Sin cobertura
Farmacia especializada IngenioRx y farmacias UC selectas: suministro para hasta 30 días		
Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados	Coseguro del 30% hasta un máximo de \$150 por receta.	Sin cobertura
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos <i>Un suministro de medicamentos anticonceptivos de hasta 12 meses cuando se recetan o dispensan de una sola vez.</i>	Copago de \$0 por receta	Copago de \$0 por receta (solo venta minorista)
Productos para dejar de fumar <i>Medicamentos de venta libre con receta y medicamentos recetados</i>	Copago de \$0 por receta	Sin cobertura
Suministros para diabéticos <i>Incluyendo lancetas, hisopos humedecidos en alcohol y tiras reactivas de formulario. (Las jeringas, agujas, insulina y tiras reactivas no incluidas en el formulario, si están aprobadas, están cubiertas en el copago o coseguro correspondiente)</i>	Copago de \$0 por receta	Coseguro del 50% (solo venta minorista)
Vacunas para viajes <i>Hepatitis A, hepatitis B, meningitis, poliomelitis, encefalitis japonesa, rabia, fiebre tifoidea y fiebre amarilla.</i>	Copago de \$0 por receta	Coseguro del 50%

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 el folleto de beneficios de UC Care. Si hay una diferencia entre este resumen y el folleto de beneficios de UC Care, el folleto de beneficios de UC Care prevalecerá.

Notas:

- Los gastos máximos de bolsillo por año calendario incluyen deducibles, copagos, coseguros y medicamentos recetados.
- Se aplica un copago adicional de \$250 si no se obtiene autorización previa para los servicios de hospitalización o enfermería especializada por un proveedor fuera de la red.
- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$300 por día, excepto los servicios de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias.
- Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados por un proveedor fuera de la red están sujetos a un pago máximo de \$175 por visita.
- Si usted usa un proveedor fuera de la red, debe pagar la diferencia entre el gasto cubierto y el cargo real del proveedor fuera de la red.
- Todos los servicios sujetos al coseguro también están sujetos al deducible anual, a menos que se establezca lo contrario.
- Los gastos máximos de bolsillo de proveedores de UC Select y Anthem Preferred se acumulan en forma cruzada. Sin embargo, el gasto máximo de bolsillo y el deducible fuera de la red no se acumulan para proveedores de UC Select y Anthem Preferred.
- El límite de gastos de bolsillo por año calendario para servicios de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios/hospitalizados prestados por proveedores de Anthem Preferred será de \$6,100 individual/\$9,700 familiar.
- Los Servicios de Atención Preventiva incluyen: Revisión física, exámenes de detección con fines preventivos (entre ellos, exámenes de detección de cáncer, virus del papiloma humano [VPH], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y vista, vacunación, educación sanitaria, servicios de intervención, pruebas de VIH) y atención preventiva adicional para mujeres prevista en las directivas respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud.
- En el caso de visitas al consultorio a proveedores de UC Select, el copago se aplica a la visita al consultorio y se pueden aplicar costos compartidos adicionales para cualquier otro servicio que se preste en el consultorio (por ejemplo, radiografía, análisis de laboratorio, cirugía) después de alcanzar cualquier deducible correspondiente.
- Si se lo admite directamente en un hospital, se cancela su copago de atención en la sala de emergencias.
- Los servicios de proveedores fuera de la red para la atención médica a domicilio y los servicios de hospicio no tienen cobertura, a menos que se autoricen previamente. Cuando estos servicios o servicios de enfermería especializada se autorizan previamente, el copago o coseguro del miembro puede calcularse en el nivel de Anthem Preferred, según la tarifa acordada entre Anthem Blue Cross y la agencia.
- Ciertos servicios están sujetos al programa de revisión de utilización. Antes de programar los servicios, el miembro debe asegurarse de que se haya obtenido la revisión de utilización. Si no obtiene la revisión de utilización, los beneficios podrían reducirse o no pagarse, conforme a lo que estipule el plan. Los detalles se incluyen en el folleto de beneficios.
- Los límites de visitas comienzan a acumularse independientemente de que el deducible se alcance o no.
- Todos los servicios con límites por año calendario/año del plan se combinan dentro y fuera de la red.
- Los trasplantes se cubren solo cuando se realizan en Centros de Excelencia Médica de Centros Blue Distinction.
- La cirugía bariátrica está cubierta solo cuando se efectúa en un Centro de Atención Especializada Blue Distinction para cirugía bariátrica.
- El límite de días para el centro de enfermería especializada no se aplica a salud mental y abuso de sustancias.
- Los servicios de centros de radiografías y laboratorios independientes se definen como servicios recibidos en un centro no basado en un hospital.
- Cuando utilizan farmacias fuera de la red, los miembros pagan el 50% del monto máximo permitido para medicamentos recetados, además de los costos que superen el monto máximo permitido para medicamentos recetados. Los miembros pagan por anticipado y luego deben presentar un formulario de reclamaciones.

- Los límites de suministro para ciertos medicamentos pueden ser diferentes. Visite el sitio web de Anthem o llame al servicio de atención al cliente para obtener más información.
- Ciertos medicamentos requieren aprobación con autorización previa para obtener cobertura.
- *Las farmacias especificadas son Costco, Safeway/Vons, Walgreens y CVS.
- A través de Retail90, puede obtener medicamentos con un suministro para 90 días de una farmacia minorista local participante por un monto de 3 (tres) copagos. La red Retail90 incluye cadenas minoristas muy importantes, como Rite Aid y Wal-Mart.
- Los medicamentos especializados son medicamentos específicos que se utilizan para tratar afecciones crónicas o de gran complejidad que generalmente requieren un monitoreo continuo, como esclerosis múltiple, hepatitis, artritis reumatoide, cáncer y otras afecciones que son difíciles de tratar con tratamientos tradicionales. Los medicamentos especializados pueden ser autoadministrados en el hogar del paciente por él mismo o por un familiar (subcutánea o intramuscularmente), por inhalación, de forma oral o mediante aplicación tópica. Además, es posible que los medicamentos especializados requieran un manejo especial, procesos de fabricación especiales, y es posible que tengan limitaciones respecto del recetado y la disponibilidad en farmacia. Para la autoadministración, los medicamentos especializados deben considerarse seguros y es posible que requieran autorización previa por necesidad médica. Los medicamentos administrados por infusión o por vía intravenosa (IV) no están incluidos como medicamentos especializados.
- Los medicamentos especializados solo están cubiertos cuando se los obtiene de IngenioRx y de ciertas Farmacias UC, a menos que sean necesarios por motivos médicos para una emergencia cubierta.
- Los medicamentos especializados están limitados a una cantidad que no deberá exceder un suministro para 30 días; sin embargo, es posible que las recetas iniciales de ciertos medicamentos especializados se vean limitadas a un suministro máximo de 15 días a través de IngenioRx. En dichas circunstancias, el medicamento especializado aplicable se prorrateará según la cantidad de días de suministro.
- Coordinación de beneficios: Los beneficios de este plan pueden reducirse si el miembro posee cualquier otra cobertura grupal para servicios dentales o médicos, de manera que los servicios recibidos mediante todas las coberturas grupales no excedan el 100% del gasto cubierto.