



PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA
INDIVIDUALES Y FAMILIARES PARA CALIFORNIA

**Nuestros
planes se
adecuan
a sus
planes.**



PPO 3500 (Compatible con HSA)
3500 Deductible PPO

¿Qué hace que los planes de Anthem Blue Cross sean una opción inteligente?

1. **Una opción de planes para adecuarse a su presupuesto.** Sin importar dónde esté en la vida, nosotros tenemos un plan que se adecuará a sus necesidades de atención médica, así como también a su presupuesto.
2. **Una de las redes más grandes en California.** Con más de 50,000 médicos PPO y casi 400 hospitales en todo el estado, es posible que su médico sea uno de los nuestros. Y todos nuestros proveedores de red tienen tarifas más bajas para nuestros miembros, por eso, su participación en los costos médicos será menor.
3. **Cobertura que viaja con usted.** Sin importar a dónde lo lleve la vida, ya sea en el estado o por el país, Anthem Blue Cross lo cubre.
4. **Seguro dental y de vida.** Para mejorar su salud y futuro financiero, también ofrecemos cobertura dental y de vida a término.
5. **Tranquilidad.** Puede relajarse sabiendo que hemos estado brindando cobertura de atención médica y seguridad a los californianos durante más de 70 años. Estamos comprometidos a simplificar su vida y mejorar su salud.

- PPO 3500
(Compatible con HSA)
- 3500 Deductible PPO

¿Qué es un plan PPO?

Con un plan de atención médica PPO (organización de proveedor preferido), usted pagará una participación más baja de sus gastos médicos cuando use médicos u hospitales que participan en nuestra red PPO. Su participación en los gastos incluye:

- **Deducible:** Generalmente, es el monto que usted tiene que pagar cada año calendario por los servicios que su plan de atención médica cubre antes de que el plan comience a pagar. Por favor, tenga en cuenta puede ser que algunos planes no tengan deducible o que cubran determinados servicios antes de que se cumpla con su deducible.
- **Coseguro:** Después que se cumple con su deducible anual, éste es el porcentaje del costo por el que usted será responsable por los servicios que cubre su plan.

El monto de su deducible y coseguro depende de qué plan PPO elija. Un plan PPO también pagará una parte del costo de los servicios que usted puede recibir de proveedores no participantes (que no están en la red), pero su participación en el costo puede ser significativamente mayor.

¿Su médico está en nuestra red?

Ingrese a anthem.com/ca > “Find a Doctor.”
(Encuentre un médico)

Lo más destacado del plan

PPO 3500 (Compatible con HSA)	3500 Deductible PPO
<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura del 100% para la mayoría de los servicios de la red una vez que se cumpla con el deducible• Una oportunidad de combinar una cuenta de ahorro de salud (HSA) con ventajas impositivas con su plan de salud• Un deducible médico/de farmacia combinado de manera que sus pagos por medicamentos recetados se aplican a su deducible y límite adicional <p>Lo que debería saber:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para familias, se llega al deducible total cuando los gastos cubiertos de uno o más miembros de la familia elegibles combinados cumplen con el monto total• Los medicamentos recetados no están cubiertos hasta que usted cumpla con el deducible médico/de medicamentos recetados de \$3,500• Los beneficios de maternidad no están incluidos en este plan	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura del 100% para la mayoría de los servicios de la red una vez que se cumpla con el deducible• Un límite adicional que se cumple una vez que llegue al deducible• Cobertura inmediata para medicamentos genéricos (sólo paga el copago) <p>Lo que debería saber:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para las familias, cuando dos miembros alcanzan cada uno el deducible, éste se cumple para la familia completa• Los medicamentos de marca no están cubiertos hasta que usted cumpla con el deducible de medicamentos de marca de \$500• Los beneficios de maternidad no están incluidos en este plan

Consulte las dos páginas siguientes para más detalles acerca de estos planes

Cobertura de medicamentos recetados

El costo de medicamentos recetados puede ser asombroso y es una de las causas principales del aumento de los costos de atención médica. Para ayudar a controlar su participación en los costos, muchos de sus planes incluyen diferentes opciones de cobertura de medicamentos recetados.

Aunque ambos planes resumidos en este folleto incluyen la cobertura de medicamentos recetados tanto para los medicamentos genéricos como los de marca, aún es una buena idea considerar usar los medicamentos genéricos para un mejor valor. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca, pero generalmente cuestan menos.

Beneficios del plan		PPO 3500 (Compatible con HSA)		3500 Deductible PPO	
		Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	Individual	\$3,500 <i>(combinado para beneficios médicos y medicamentos recetados)</i>		\$3,500 por miembro	
	Familiar	\$7,000 total <i>(combinado para beneficios médicos y medicamentos recetados)</i>		Cada miembro de la familia tiene un deducible individual. Una vez que 2 miembros alcanzan ambos el deducible, el deducible será cumplido por toda la familia.	
Límite anual de gastos adicionales ¹ <i>(además del deducible)</i>	Individual	\$1,500 <i>(combinado para beneficios médicos y medicamentos recetados)</i>		\$0 <i>(Cumplidos una vez que se llega el deducible)</i>	\$6,500 por miembro
	Familiar	\$3,000 total <i>(combinado para beneficios médicos y medicamentos recetados)</i>			Cada miembro de la familia cuenta con un límite de gastos adicionales individual. Una vez que 2 miembros alcanzan ambos el límite adicional, el límite será cumplido por toda la familia
Máximo de por vida		El plan paga hasta \$5 millones por miembro		El plan paga hasta \$5 millones por miembro	

Servicios cubiertos	Dentro de la red		Fuera de la red	
Los montos que se muestran son su participación en los costos después de todo deducible	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Consultas en el consultorio del médico	\$0	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales	\$0	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales
Servicios profesionales <i>(radiografías, laboratorio, anestesia, cirugía, etc.)</i>	\$0	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales	\$0	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales
Paciente hospitalizado <i>(estadas nocturnas en hospital)</i>	\$0 ²	Todos los gastos excepto los \$650 por día	\$0 ²	Todos los gastos excepto los \$650 por día

Paciente externo <i>(si no pasa la noche en hospital)</i>		\$0 ²	Todos los gastos excepto los \$380 por día	\$0 ²	Todos los gastos excepto los \$380 por día
Servicios en la sala de emergencia <i>(el copago de \$100 se aplica a cada consulta; se renuncia si se lo admite como paciente hospitalizado)</i>		\$0	Todos los gastos adicionales de los pagos normales y razonables	\$0	Todos los gastos adicionales de los pagos normales y razonables
Maternidad		no cubierto		no cubierto	
Atención preventiva <i>(las pruebas indicadas por un médico están cubiertas, incluyendo la evaluación adecuada para cáncer de mama, cervical, ovárico y de próstata)</i>	Servicios de adulto	Mamografía de rutina, pruebas de Papanicolau y antígeno prostático específico (PSA): \$0 Centros HealthyCheck SM : Copago de \$25/\$75 para evaluación básica/de categoría <i>(se renuncia al deducible)</i>	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales	Mamografía de rutina, pruebas de Papanicolau y antígeno prostático específico (PSA): \$0 Centros HealthyCheck SM : Copago de \$25/\$75 para evaluación básica/de categoría <i>(se renuncia al deducible)</i>	50% del pago negociado más todos los gastos adicionales
	Servicio de los niños	Well Child (niño sano) <i>(hasta los 6 años):</i> \$0		Well Child (niño sano) <i>(hasta los 6 años):</i> \$0	
Acupuntura / Dígito puntura <i>(hasta 24 consultas por año)</i>		Todos los gastos excepto los \$30 por consulta		Todos los gastos excepto los \$30 por consulta	
Servicios quiroprácticos <i>(hasta 24 consultas por año)</i>		\$0	Todos los gastos excepto los \$25 por consulta	\$0	Todos los gastos excepto los \$25 por consulta
Cobertura de medicamentos recetados		Después de que se llega al deducible anual: Genérico (Nivel 1): Copago de \$15 Medicamento de marca (Nivel 2): Copago de \$35	Después de que se llega al deducible anual: 50% del programa de pago limitado para medicamentos y todos los gastos adicionales más el copago/coseguro según lo establecen los beneficios dentro de la red	Genérico (Nivel 1): Copago de \$15 Medicamento de marca (Nivel 2): Copago de \$35 después del deducible anual de medicamentos recetados de marca de \$500 (2 miembros máximo)	50% del programa de pago limitado para medicamentos y todos los gastos adicionales más el copago/coseguro según lo establecen los beneficios dentro de la red, sujeto al deducible anual de medicamentos recetados de marca de \$500

1 Excluye los gastos no participantes adicionales al pago negociado de Anthem Blue Cross y los gastos no participantes adicionales a los gastos normales y razonables para atención de emergencia. Los copagos/coseguros para proveedores participantes y no participantes se aplican al límite adicional del año calendario anual excepto que figure lo contrario en la política.

2 Costo de admisión de \$500 adicionales en hospitales participantes *(sin gasto adicional para participantes preferidos)* es para estadías de paciente hospitalizado o cirugía de paciente externo o terapia de infusión. El costo no se requiere para centros quirúrgicos ambulatorios o emergencias médicas.

**Dese todas las ventajas...
buena salud, una sonrisa
brillante y seguridad
financiera.**



¿Por qué cobertura dental?

La atención dental puede tener un papel importante en su salud total. Los controles y limpiezas regulares pueden ayudar a detectar signos tempranos de problemas de salud bucal, reducir el riesgo de daño permanente a sus dientes y encías y prevenir los costosos tratamientos en el futuro.

Características de los planes Dental Blue® PPO:

- Una de las redes Dental PPO más grandes en el estado (más de 21,000 ubicaciones dentales)
- Sin deducibles para limpiezas, exámenes y radiografías
- Ahorros en servicios populares como fundas, implantes dentales y frenos
- Descuentos negociados en servicios durante los períodos de espera y después de que alcance el máximo anual

Los planes Dental Blue PPO le brindan flexibilidad para consultar a cualquier dentista, aunque sus costos generalmente sean menores cuando consulta a un dentista en la red.

Característica de los planes Dental SelectHMO:

- Una red de más de 4,800 dentistas de los que puede elegir
- Sin deducibles y un copago bajo de \$5 para exámenes, limpiezas y radiografías
- Cobertura para servicios de ortodoncia
- Sin máximos anuales y sin períodos de espera para la mayoría de servicios

La red Dental SelectHMO no está disponible en todos los condados, por eso, pregunte a su agente para más detalles.

¿Por qué un seguro de vida a término?

Perder a un ser amado es bastante difícil sin tener que preocuparse de las obligaciones financieras. A menudo, las familias no están preparadas para esta pérdida repentina, y el seguro de vida a término puede brindarles apoyo financiero y tranquilidad en un momento difícil.

Aquí hay un par de razones por las que usted querrá comprar un seguro de vida a término de Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company:

- No es caro; sólo unos centavos por día
- Es fácil; no se requiere completar formularios adicionales

Tarifas mensuales de seguro de vida a término

Edad	Beneficio de \$15,000	Beneficio de \$30,000	Beneficio de \$50,000	Beneficio de \$75,000	Beneficio de \$100,000
1-18	\$1.50	\$3.00	N/A	N/A	N/A
19-29	\$2.80	\$5.60	\$9.30	\$11.25	\$13.00
30-39	\$3.25	\$6.50	\$10.80	\$13.50	\$16.00
40-49	\$7.50	\$15.00	\$25.00	\$33.75	\$42.00
50-59	\$20.90	\$41.80	\$69.60	\$97.50	\$125.00
60-64	\$29.40	\$58.80	\$98.00	\$142.50	\$185.00

Qué no cubren los planes de atención médica individual

Las siguientes Exclusiones y Limitaciones le ayudarán a comprender antes de inscribirse qué no cubre su plan de atención médica. Estas enumeraciones son sólo un resumen. Para una lista completa de las exclusiones y limitaciones de los planes, puede solicitar una copia de un manual de Política/Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación combinados (EOC). Sólo pregunte a su agente o contacte a Anthem Blue Cross.

Exclusiones y Limitaciones

- Atención de maternidad o embarazo.
- Condiciones cubiertas por la ley de indemnización por accidentes de trabajo o ley similar.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios brindados por un gobierno local, estatal, federal o extranjero, a menos que usted tenga que pagar por ellos.
- Servicios o suministros que no figuran específicamente como cubiertos conforme a la Política/EOC.
- Servicios recibidos antes de su fecha de vigencia o después de que finaliza su cobertura.
- Servicios que no tendría que pagar sin seguro.
- Servicios de parientes.
- Todo servicio recibido por los beneficios Medicare sin pago de prima adicional.
- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Exámenes médicos de rutina, excepto por los servicios de atención médica preventiva (por ejemplo, los exámenes físicos por seguro, empleo, licencias o escuela no están cubiertos), excepto según se estableció específicamente en la Política/EOC.
- Todo monto adicional a los montos máximos que figuran en la Política/EOC.
- Cambios de sexo.
- Cirugía cosmética.
- Servicios principalmente por reducción de peso, excepto que sea un tratamiento médicamente necesario de obesidad mórbida.
- Atención dental, implantes dentales o tratamiento de los dientes, excepto que esté específicamente establecido en la Política/EOC.
- Audífonos.
- Anticonceptivos y/o determinados dispositivos de anticoncepción, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Servicios de infertilidad
- Enfermería especializada privada.
- Anteojos o lentes de contacto, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Atención de visión que incluye determinadas cirugías de visión para reemplazar anteojos, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Desórdenes mentales y nerviosos y abuso de sustancias, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Determinados zapatos ortopédicos o plantillas, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Servicios o suministros relacionados con una condición preexistente.
- Programas de tratamiento externo.
- Consultas por teléfono o fax.
- Servicios educativos excepto que sea específicamente provisto o acordado por Anthem Blue Cross.
- Asesoramiento nutricional o suplementos alimenticios o dietarios, excepto fórmulas y productos alimenticios especiales para evitar las complicaciones de fenilcetonuria (PKU).
- Atención o tratamiento suministrado en un hospital no contratado, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Artículos de comodidad personal.
- Cuidado en custodia.
- Determinadas pruebas genéticas.
- Terapia del habla de pacientes externos, excepto que sea específicamente establecido en la Política/EOC.
- Todo monto adicional a los máximos establecidos en la Política/EOC.
- Drogas, medicamentos u otras sustancias de paciente externo suministradas o administradas en cualquier entorno de paciente externo.
- Servicios o suministros brindados a cualquier persona que no estén cubiertos conforme al Acuerdo en relación con un embarazo subrogado.

Parte de atención médica incurrida

Según lo requiere la ley, estamos informándole que la parte de atención médica incurrida por Anthem Blue Cross y sus compañías afiliadas para el año 2007 fue del 80.43 por ciento. Esta proporción se calculó después de que se aplicaron los descuentos.

Períodos de espera

Hay un período de espera específico de seis meses para la cobertura de cualquier condición, enfermedad o malestar por el que se recomienda consejo médico o se recibió el mismo dentro de los seis meses anteriores a la fecha de cobertura efectiva. Si usted solicita la cobertura dentro de los 63 días de finalizar su membresía con otro plan de atención médica "acreditable", entonces usted puede usar la cobertura previa para acreditar en función del período de espera de seis meses. Anthem Blue Cross acreditará el tiempo en que usted estuvo inscripto en el plan anterior. Consulte con su agente o representante de Anthem Blue Cross si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de suscripción.

¿Listo para inscribirse?

¡Llame hoy a su Agente de Anthem Blue Cross!

Para inscribirse, usted y sus dependientes deben:

- Tener 64 $\frac{3}{4}$ años o menos;
- Ser un residente legal permanente de California;
- Ser un residente de Estados Unidos por al menos 3 meses;
- Ser el cónyuge o concubino del solicitante, de 64 $\frac{3}{4}$ años o menos;
- Ser el hijo del solicitante (de menos de 19 años), o el hijo (de menos de 19 años) del cónyuge del solicitante que se inscribe o concubino calificado;
- El hijo dependiente soltero del solicitante entre los 19 y los 22 años ("dependiente" según lo define el Servicio de Impuestos Internos);
- El hijo del solicitante (de cualquier edad) que no sea capaz de tener un empleo para auto-sustentarse por razón de una lesión, enfermedad o condición de discapacidad física o mental y sea dependiente principal del solicitante para el apoyo y mantenimiento.

Requisito de suscripción médica

Creemos que el costo de nuestros planes debería ser coherente con sus necesidades de atención médica esperadas y factores de riesgo. Es por eso que Anthem Blue Cross ofrece varios niveles de cobertura. Para determinar los factores de riesgo médicos individuales, todas las solicitudes están sujetas a la suscripción médica. Dependiendo de los resultados de la revisión de suscripción, pueden suceder muchas cosas:

- Puede recibir una oferta de cobertura al costo de prima estándar, o
- Puede recibir una oferta del plan que eligió a una tarifa mayor, o
- Puede no calificar para el plan que figura en este manual, o
- Puede recibir una oferta de un plan alternativo.

Si tiene una condición médica importante y no califica para el plan que ha elegido de este folleto o si tiene una cobertura de grupo discontinua, por favor, contacte a su representante de Anthem Blue Cross para información relacionada con otras opciones de cobertura Individual.

Período de revisión sin obligación

Después de suscribirse a un plan ofrecido por Anthem Blue Cross, usted recibirá un manual Política/EOC que explica los términos y condiciones de cobertura, incluyendo las exclusiones y limitaciones del plan. Tendrá 10 días para examinar las características de su plan. Durante ese tiempo, si no está completamente satisfecho, puede renunciar devolviendo su manual Política/EOC junto con una carta que nos notifique que quiere discontinuar su cobertura. Los manuales Política/EOC están disponibles para que los examine antes de inscribirse. Pregunte a su Agente o a Anthem Blue Cross.

Este folleto brinda un breve resumen de los beneficios o servicios. Si existen diferencias entre este folleto y la Política, prevalecerá la Política.

Dental SelectHMO plans are offered by Anthem Blue Cross. PPO 3500 (HSA-Compatible), 3500 Deductible PPO, Dental Blue PPO and Term Life are offered by Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. Anthem Blue Cross is the trade name of Blue Cross of California. Anthem Blue Cross and Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company are independent licensees of the Blue Cross Association. ANTHEM is a registered trademark. On legal tagline, after: ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross name and symbol are registered marks of the Blue Cross Association.