Periodo de cobertura: A partir del 1/1/2020 o después

CCHP: Bronze 60 HDHP HMO

Cobertura para: Grupo| Tipo de Plan: HMO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-888-775-7888. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-888-775-7888 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	$6,900/Individual o $13,800/Familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. Atención preventiva, servicios para pacientes externos.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No. No hay otros deducibles específicos.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	$6,900 Individual / $13,800 Familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límite a los gastos directos del bolsillo hasta que se haya cumplido el límite general de gastos directos de bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos directos de bolsillo?	Primas y atención de salud que no son cubiertas por este plan, y servicios fuera de la red.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos directos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte http://www.cchphealthplan.com/employer-member o llame al 1-888-775-7888 para recibir una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referencia para ver a un especialista?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de acudir a un especialista para obtener servicios cubiertos pero sólo si tiene un referencia antes de acudir al especialista.

Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 0%/Consulta	No está cubierto	Ninguno
	Visita al especialista	Coseguro del 0%/Consulta	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo El deducible no se aplica	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 0%/Consulta (Laboratorio) Coseguro del 0%/Consulta (Radiografía)	No está cubierto	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 0%/Consulta	No está cubierto	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://www.cchphealthplan.com/employer-member	Nivel 1 - Medicamentos genéricos	Coseguro del 0% hasta (Farmacia minorista) Coseguro del 0% hasta (Pedido por correo)	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); Suministro de 31-90 días (receta pedida por correo). La receta pedida por correo solo está cubierta en las farmacias participantes de Costco y en la farmacia del Chinese Hospital. El pedido por correo no está disponible para el Nivel 4 - Medicamentos especializados. Cubrimos los medicamentos con receta que se obtengan en farmacias fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de emergencias médicas o de urgencias. Si su receta de medicamento no está en el formulario, puede solicitar una autorización previa.
	Nivel 2 - Medicamentos de marcas preferidas	Coseguro del 0% hasta (Farmacia minorista) Coseguro del 0% hasta (Pedido por correo)	No está cubierto	
	Nivel 3 - Medicamentos de marcas no preferidas	Coseguro del 0% hasta (Farmacia minorista) Coseguro del 0% hasta (Pedido por correo)	No está cubierto	
	Nivel 4 - Medicamentos especializados	Coseguro del 0% hasta (Farmacia minorista)	No está cubierto	

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.cchphealth.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 0%	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 0%	Coseguro del 0% /Consulta	El copago no aplica si es ingresado al hospital.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 0% /Viaje	Coseguro del 0% /Viaje	Ninguno
	Atención de urgencia	Coseguro del 0%	Coseguro del 0% /Consulta	Ninguno
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Consulta ambulatoria: Coseguro del 0% Otras consultas ambulatorias: Coseguro del 0%	No está cubierto	Otros servicios ambulatorios incluyen: hospitalización parcial para salud mental, tratamiento ambulatorio intensivo para salud mental, tratamiento diurno para trastorno de consumo de sustancias, y tratamiento ambulatorio intensivo para trastorno de consumo de sustancias.
	Servicios internos	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo El deducible no se aplica	No está cubierto	El costo compartido no se aplica a servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte de este documento (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 0%	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 0%	No está cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Limitado a 100 días cubiertos cada año calendario.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 0%	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No está cubierto	1 examen cubierto por año calendario

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.cchphealth.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Anteojos para niños	Sin cargo	No está cubierto	1 par por año calendario; los marcos de la colección pediátrica de VSP están cubiertos en su totalidad (o lentes de contacto en vez de anteojos)
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	No está cubierto	1 examen cubierto cada 6 meses

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cuidado quiropráctico
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental para adultos
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera del país
- Enfermera privada
- Cuidado de la vista de rutina para adultos
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: California Department of Managed Health Care 1-888-466-2219. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Chinese Community Health Plan llamando al 1-888-775-7888, presente un formulario de queja a través de https://cchphealthplan.com/employer-member, o presente su queja por escrito a, Chinese Community Health Plan, 445 Grant Avenue, Suite 700 , San Francisco, CA 94108. Si usted tiene una queja en contra de Chinese Community Health Plan, también puede ponerse en contacto con California Department of Managed Health Care, llamando al 1-888-466-2219 o visitando http://www.dmhc.ca.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la pólíza en www.cchphealth.com.

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-415-834-2118.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-415-834-2118.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-415-834-2118.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.cchphealth.com.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan $6,000
- C del especialista 40%
- Coseguro del hospital (instalación) 40%
- Otro coseguro 40%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	$7,540

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$6,000
Copagos	$0
Coseguros	$250
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$200
El total que Peg pagaría es	$6,450

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan $6,000
- Coseguro del especialista 40%
- Coseguro del hospital (instalación) 40%
- Otro coseguro 40%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	$5,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$3,300
Copagos	$0
Coseguros	$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	$3,500

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan $6,000
- Coseguro del especialista 40%
- Coseguro del hospital (instalación) 40%
- Otro coseguro 40%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Pruebas diagnósticas *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	$1,925

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,925
Copagos	$0
Coseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$1,925

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.