

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.ucop.edu/ucship/plan-documents/ o llamando al 1-866-940-8306.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Para proveedores de la red y fuera de la red: \$300 /por una persona o \$600 /por familia. El deducible no se aplicará a servicios preventivos de la red, visitas al consultorio médico, rehabilitación o recuperación de las habilidades, atención de urgencia o de emergencia de la red y fuera de la red, evacuación médica, repatriación o medicamentos recetados.	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber la fecha en que comienza el deducible (normalmente, aunque no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 3 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Servicios dentales pediátricos: \$60 /por una persona o \$120 /por familia.	Debe pagar todos los costos de estos servicios específicos hasta alcanzar el monto del deducible correspondiente a fin de que este plan comience a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. Para proveedores de la red: \$3,000 /por una persona o \$6,000 /por familia. Para proveedores fuera de la red: \$6,000 /por una persona o \$12,000 /por familia. Para servicios dentales pediátricos: \$1,000 /por una persona o \$2,000 /por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos correspondientes a facturación de saldo y atención médica que no cubra este plan.	Aunque usted pague estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	En la tabla que comienza en la página 3 se describen los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> ; por ejemplo, visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Los estudiantes deben comunicarse con Servicios de Salud para Estudiantes (Student Health Services, SHS). Los dependientes deben llamar al 866-940-8306 para obtener una lista de proveedores de la red.	Si consulta a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un proveedor fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para hacer referencia a los proveedores que pertenecen a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 3 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista?	Sí. Los estudiantes deben comunicarse con Servicios de Salud para Estudiantes (Student Health Services, SHS). Los dependientes deben llamar al 866-940-8306 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan pagará la totalidad o una parte de los costos de la consulta con un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si cuenta con el permiso del plan antes de la consulta con el especialista .
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los servicios excluidos .



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Sin cargo en SHS; \$25 de copago/visita con proveedores de la red	40% de coseguro	Se cancela el deducible para proveedores de la red.
	Consulta con un especialista	Sin cargo en SHS; \$25 de copago/visita con proveedores de la red	40% de coseguro	Se cancela el deducible para proveedores de la red.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Atención quiropráctica y acupuntura \$25 de copago/visita	Atención quiropráctica y acupuntura 40% de coseguro	Se cancela el deducible para proveedores de la red.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	Se cancela el deducible para proveedores de la red.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo en SHS; 15% de coseguro para proveedores de la red	40% de coseguro	————ninguna————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	15% de coseguro para proveedores de la red	40% de coseguro	Los costos pueden variar según el centro que brinda el servicio. Debería consultar su póliza o documento del plan para obtener más detalles.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Para más información sobre la cobertura de medicamentos , visite www.ucop.edu/ucship/plan-documents/	Medicamentos genéricos	\$5 de copago en SHS; \$10 de copago en farmacias minoristas/ receta	\$10 más cualquier monto que supere la cantidad aprobada/ receta	Cubre un suministro de hasta 30 días. No sujeto al deducible . Las farmacias de la red tienen un contrato con OptumRx.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 de copago en SHS; \$40 de copago en farmacias minoristas/ receta	\$40 más cualquier monto que supere la cantidad aprobada/ receta	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$40 de copago en SHS; \$60 de copago en farmacias minoristas/ receta	\$60 más cualquier monto que supere la cantidad aprobada/ receta	
	Medicamentos especiales	\$60 de copago en SHS; \$80 de copago en farmacias minoristas/ receta	\$80 más cualquier monto que supere la cantidad aprobada/ receta	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	15% de coseguro	40% de coseguro	Ciertas cirugías están sujetas a revisión de utilización. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.
	Tarifa del médico/cirujano	15% de coseguro	40% de coseguro	—ninguna—
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$125 de copago/visita	\$125 de copago/visita	Se cancela el copago si el paciente es admitido; se cancela el deducible para proveedores de la red y fuera de la red. Es posible que el miembro sea responsable de cualquier costo que supere la cantidad aprobada para proveedores fuera de la red.
	Traslado médico de emergencia	15% de coseguro	15% de coseguro	Sin cargo para ambulancia aérea.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Cuidado urgente	\$25 de copago/visita	40% de coseguro	Se cancela el deducible para proveedores de la red. Debería consultar su póliza o los documentos del plan para obtener más detalles.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	15% de coseguro	\$500 de copago más 40% de coseguro/visita	Sujeto a revisión de utilización para los servicios para pacientes internados y algunos servicios para pacientes ambulatorios en todos los centros, excepto para admisiones de emergencia. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios. La cantidad aprobada máxima se reduce un 25% para servicios y suministros prestados por un hospital no contratante.
	Tarifa del médico/cirujano	15% de coseguro	40% de coseguro	————ninguna————
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Visita al consultorio: Copago de \$20/visita. Cargos de la institución: 15% de coseguro	Visita al consultorio: 40% de coseguro Cargos de la institución: 40% de coseguro	————ninguna————
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	15% de coseguro	40% de coseguro	Esto es solo para los servicios de los profesionales de la institución. Consulte la estadía en el hospital para obtener las tarifas del centro.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Visita al consultorio: Copago de \$20/visita. Cargos de la institución: 15% de coseguro	Visita al consultorio: 40% de coseguro Cargos de la institución: 40% de coseguro	————ninguna————

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	15% de coseguro	40% de coseguro	Esto es solo para los servicios de los profesionales de la institución. Consulte la estadía en el hospital para obtener las tarifas del centro.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$25 de copago/visita	40% de coseguro	El copago se aplica solo a la visita inicial; luego sin cargo. Se cancela el deducible para proveedores de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	15% de coseguro	\$500 de copago más 40% de coseguro/visita	Sujeto a la revisión de utilización para servicios de internación que superen las 48 horas para parto vaginal y las 96 horas para cesárea; se cancela para admisiones de emergencia. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0% de coseguro	40% de coseguro	Sujeto a revisión de utilización. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago/visita	40% de coseguro	————ninguna————
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$25 de copago/visita	40% de coseguro	————ninguna————
	Cuidado de enfermería especializado	15% de coseguro	40% de coseguro	Sujeto a revisión de utilización. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.
	Equipo médico duradero	15% de coseguro	40% de coseguro	————ninguna————
	Cuidado de hospicio	15% de coseguro	40% de coseguro	————ninguna————

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Anthem Blue Cross: University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

UC Santa Cruz Students and Covered Dependents

Duración de la póliza a partir del 08/01/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Estudiante/Familiar | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores de la red	Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	\$0 de copago/visita	\$30 de asignación/año para proveedores fuera de la red.
	Anteojos	Sin cargo	\$0 de copago/anteojos	\$45 de asignación para marcos y \$25 de asignación para lentes/año para proveedores fuera de la red.
	Consulta dental	Sin cargo	Sin cargo	Se cancela el deducible para los servicios de diagnóstico y preventivos.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Cuidado rutinario de los pies (a menos que se le haya diagnosticado diabetes)
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (Para obesidad mórbida. Consulte su póliza o los documentos del plan.)
- Atención quiropráctica
- Dispositivos para la audición (Tienen un límite de un dispositivo para la audición por oído cada cuatro años.)
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su **plan**, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con:

Anthem Blue Cross

ATTN: Appeals or Grievance

P.O. Box 4310

Woodland Hills, CA 91367

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios en diversos idiomas para lograr acceso:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 866-940-8306.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 866-940-8306.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 866-940-8306.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 866-940-8306.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento

(parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$6,450
- Usted paga: \$1,090

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$300
Copagos	\$90
Coseguro	\$700
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,090

Control de la diabetes

(control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,700
- Usted paga: \$700

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$300
Copagos	\$200
Coseguro	\$200
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$700

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-866-940-8306 o visite www.ucop.edu/ucship.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-866-940-8306 y pida una copia.