



**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/](http://www.ucop.edu/ucship/plan-documents/) o llamando al 1-866-940-8306.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | ¿Por qué es importante?   |
|---|--|---|
| ¿Qué es el <b>deducible</b> general?  | Para proveedores de UC Family: <b>\$0</b> /por una persona. Para proveedores de la red: <b>\$200</b> /por una persona o <b>\$400</b> /por familia. Para proveedores fuera de la red: <b>\$750</b> /por una persona o <b>\$1,500</b> /por familia. El <b>deducible</b> 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 o fuera de la red, evacuación médica, repatriación o medicamentos recetados. | Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <b>deducible</b> 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 <b>deducible</b> (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 <b>deducible</b> . |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?                              | Sí. Servicios dentales pediátricos: <b>\$60</b> /por una persona o <b>\$120</b> /por familia.  | Debe pagar todos los costos de estos servicios específicos hasta alcanzar el monto del <b>deducible</b> correspondiente a fin de que este plan comience a pagar por dichos servicios.   |
| ¿Hay un <b>límite para los gastos de mi bolsillo</b> ?                                | Sí. Para proveedores de UC Family: <b>\$2,000</b> /por una persona o <b>\$4,000</b> /por familia. Para proveedores de la red: <b>\$3,000</b> /por una persona o <b>\$6,000</b> /por familia. Para proveedores fuera de la red: <b>\$6,000</b> /por una persona o <b>\$12,000</b> /por familia. Para servicios dentales pediátricos: <b>\$1,000</b> /por una persona o <b>\$2,000</b> /por familia.   | El <b>límite de gastos de bolsillo</b> 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 <b>expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo</b> ? | Primas, cargos correspondientes a facturación de saldo y atención médica que no cubra este plan.   | Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .   |
| ¿Hay un <b>límite anual general para lo que paga el plan</b> ?                        | 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](http://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 San Francisco 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

| Preguntas importantes  | Respuestas   | ¿Por qué es importante?  |
|--|--|--|
| ¿Tiene este plan una <u>red</u> de <u>proveedores</u> ?        | Sí. Los estudiantes deben comunicarse con Servicios de Asesoramiento y Salud para Estudiantes (Student Health and Counseling Services, SHCS). Los dependientes deben llamar al 866-940-8306 para obtener una lista de proveedores de la red. | Si consulta a un médico u otro <b>proveedor</b> 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 <b>proveedor</b> fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, <b>preferido</b> o participante para hacer referencia a los <b>proveedores</b> que pertenecen a su <b>red</b> . Consulte la tabla que comienza en la página 3 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de <b>proveedores</b> . |
| ¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ? | Sí. Los estudiantes y los dependientes adultos deben comunicarse con SHCS. Los niños dependientes deben llamar al 866-940-8306 para obtener una lista de los proveedores de la red.  | Este plan pagará la totalidad o una parte de los costos de la consulta con un <b>especialista</b> para los servicios cubiertos, pero solo si cuenta con el permiso del plan antes de la consulta con el <b>especialista</b> .  |
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?                   | Sí.  | Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 8. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los <b>servicios excluidos</b> .   |



- **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](http://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 San Francisco 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 UC Family  | Sus costos si usted usa proveedores de la red                | Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red    | Limitaciones y excepciones   |
|---|---|---|--|--|--|
| <b>Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico</b> | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | Sin cargo en SHCS; \$25 de copago/visita  | \$25 de copago/visita  | 40% de coseguro  | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red.  |
|   | Consulta con un especialista  | \$10 de copago/visita   | \$40 de copago/visita  | 40% de coseguro  | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red.  |
|   | Consulta con otro proveedor de la salud                             | Atención quiropráctica y acupuntura<br>\$10 de copago/visita  | Atención quiropráctica y acupuntura<br>\$25 de copago/visita | Atención quiropráctica y acupuntura<br>40% de coseguro | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red.  |
|   | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas                          | Sin cargo   | Sin cargo  | Sin cobertura  | -----ninguna-----  |
| <b>Si tiene que hacerse un examen</b>                                 | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)          | Sin cargo en SHCS para análisis de sangre; 5% de coseguro para radiografías y análisis de sangre de UC Family | 10% de coseguro  | 40% de coseguro  | Sin distribución de costos para servicios de laboratorio y radiografías prestados para un examen preventivo.                                 |
|   | Imágenes (CT/PET scan, MRI)   | 5% de coseguro  | 10% de coseguro  | 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](http://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 San Francisco 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 UC Family | Sus costos si usted usa proveedores de la red   | Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red                       | Limitaciones y excepciones   |
|---|-------------------------------------|--|---|---|--|
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección</b><br><br>Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b> , visite <a href="http://www.ucop.edu/ucship/plan-documents/">www.ucop.edu/ucship/plan-documents/</a> | Medicamentos genéricos              | Sin cobertura                                    | Venta minorista:<br>\$5 de copago/receta<br>Pedido por correo:<br>\$15 de copago/receta   | \$5 de copago/receta más cualquier monto que supere la cantidad aprobada  | Cubre hasta un máximo de 30 días de suministro para farmacias minoristas y 90 días de suministro para pedido por correo. No sujeto al <b>deducible</b> . Las farmacias de la red tienen un contrato con OptumRx. |
|   | Medicamentos de marca preferidos    | Sin cobertura                                    | Venta minorista:<br>\$25 de copago/receta<br>Pedido por correo:<br>\$75 de copago/receta  | \$25 de copago/receta más cualquier monto que supere la cantidad aprobada |  |
|   | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cobertura                                    | Venta minorista:<br>\$40 de copago/receta<br>Pedido por correo:<br>\$120 de copago/receta | \$40 de copago/receta más cualquier monto que supere la cantidad aprobada |  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>  | Arancel del centro (clínica)        | 5% de coseguro                                   | \$250 más 10% de coseguro/visita  | \$250 más 40% de coseguro/visita  | Ciertas cirugías están sujetas a revisión de utilización para centros de la red y fuera de la red. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.  |
|   | Tarifa del médico/cirujano          | 5% de coseguro                                   | 10% de coseguro   | 40% de coseguro   | -----ninguna-----  |

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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 San Francisco 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 UC Family  | Sus costos si usted usa proveedores de la red | Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red | Limitaciones y excepciones  |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Si necesita atención inmediata | Servicios de la sala de emergencias | \$125 de copago/visita  | \$125 de copago/visita                        | \$125 de copago/visita                              | Se cancela el copago si el paciente es admitido; se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red y fuera de la red. Es posible que el miembro sea responsable de cualquier costo que supere la <b>cantidad aprobada</b> para <b>proveedores</b> fuera de la red.   |
|                                | Traslado médico de emergencia       | 10% de coseguro   | 10% de coseguro                               | 10% de coseguro                                     | Sin costo para ambulancia aérea.  |
|                                | Cuidado urgente                     | \$25 de copago/visita   | \$25 de copago/visita                         | 40% de coseguro                                     | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red. Debería consultar su póliza o documento del plan para obtener más detalles.   |
| Si lo admiten al hospital      | Arancel del hospital (habitación)   | Sin cargo en UCSF; 5% de coseguro en Langley Porter Psychiatric Institute y todos los demás centros médicos de UC | \$250 más 10% de coseguro/visita              | \$500 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          | Sin cargo en UCSF; 5% de coseguro en Langley Porter Psychiatric Institute y todos los demás centros médicos de UC | 10% de coseguro                               | 40% de coseguro                                     | -----ninguna-----   |

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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 San Francisco 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 UC Family   | Sus costos si usted usa proveedores de la red   | Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red  | Limitaciones y excepciones  |
|---|--|--|---|--|---|
| <b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta              | Visita al consultorio:<br>Sin cargo en SHCS;<br>\$5 de copago/visita<br>Cargos de la institución:<br>5% de coseguro  | Visita al consultorio:<br>\$15 de copago/visita<br>Cargos de la institución<br>\$250 más 10% de coseguro/visita | Visita al consultorio<br>35% de coseguro<br>Cargos de la institución:<br>\$250 más 40% de coseguro/visita  | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red y fuera de la red para visitas al médico como paciente ambulatorio.            |
|   | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | Sin cargo en UCSF;<br>5% de coseguro en Langley Porter Psychiatric Institute y todos los demás centros médicos de UC | 10% 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:<br>Sin cargo en SHCS;<br>\$5 de copago/visita<br>Cargos de la institución:<br>5% de coseguro  | Visita al consultorio:<br>\$15 de copago/visita<br>Cargos de la institución<br>\$250 más 10% de coseguro/visita | Visita al consultorio:<br>35% de coseguro<br>Cargos de la institución:<br>\$250 más 40% de coseguro/visita | Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red y fuera de la red para visitas al médico como paciente ambulatorio.            |
|   | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados    | Sin cargo en UCSF;<br>5% de coseguro en Langley Porter Psychiatric Institute y todos los demás centros médicos de UC | 10% 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. |

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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 San Francisco 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 UC Family            | Sus costos si usted usa proveedores de la red | Sus costos si usted usa proveedores fuera de la red | Limitaciones y excepciones  |
|---|--|---|---|---|---|
| <b>Si está embarazada</b>   | Cuidados prenatales y post parto             | \$25 de copago/ visita                                      | \$25 de copago/ visita                        | 40% de coseguro                                     | El copago se aplica solo a la visita inicial; luego sin cargo. Se cancela el <b>deducible</b> para <b>proveedores</b> de la red.  |
|   | Parto y todos los servicios de internación   | Sin cargo en UCSF; 5% de coseguro en otros hospitales de UC | \$250 más 10% de coseguro/visita              | \$500 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. |
| <b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b> | Cuidado de la salud en el hogar              | Sin cargo   | 0% de coseguro                                | 40% de coseguro                                     | Sujeto a revisión de utilización. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.  |
|   | Servicios de rehabilitación                  | \$10 de copago/ visita                                      | \$25 de copago/ visita                        | 40% de coseguro                                     | -----ninguna-----   |
|   | Servicios de recuperación de las habilidades | \$10 de copago/ visita                                      | \$25 de copago/ visita                        | 40% de coseguro                                     | -----ninguna-----   |
|   | Cuidado de enfermería especializado          | 5% de coseguro  | 10% de coseguro                               | 40% de coseguro                                     | Sujeto a revisión de utilización. Los servicios no están cubiertos si no son médicamente necesarios.  |
|   | Equipo médico duradero                       | 5% de coseguro  | 10% de coseguro                               | 40% de coseguro                                     | -----ninguna-----   |
|   | Cuidado de hospicio                          | 5% de coseguro  | 10% de coseguro                               | 40% de coseguro                                     | -----ninguna-----   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                 | Examen de la vista                           | Sin cobertura   | Sin cargo                                     | \$0 de copago/visita                                | \$30 de asignación/año para <b>proveedores</b> fuera de la red.   |
|   | Anteojos                                     | Sin cobertura   | Sin cargo                                     | \$0 de copago/ anteojos                             | \$45 de asignación para marcos y \$25 de asignación para lentes/año para <b>proveedores</b> fuera de la red.  |
|   | Consulta dental                              | Sin cobertura   | Sin cargo                                     | Sin cargo   | Se cancela el <b>deducible</b> para los servicios de diagnóstico y preventivos.   |

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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.

### 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 (salvo que haya sido recetado para la 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 (En caso de obesidad mórbida, consulte su póliza o el documento del plan.)
- Atención quiropráctica
- Dispositivos para la audición (La cobertura tiene 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.

### 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.**

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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.



### 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](http://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 cuando utiliza un proveedor de la red de Anthem. 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: \$6,540
- Usted paga: \$1,000

#### 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           |
| <b>Total</b>                          | <b>\$7,540</b> |

#### El paciente paga:

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles            | \$200          |
| Copagos               | \$300          |
| Coseguro              | \$500          |
| Límites o exclusiones | \$0            |
| <b>Total</b>          | <b>\$1,000</b> |

#### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,800
- Usted paga: \$600

#### 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          |
| <b>Total</b>                                    | <b>\$5,400</b> |

#### El paciente paga:

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| Deducibles            | \$200        |
| Copagos               | \$300        |
| Coseguro              | \$100        |
| Límites o exclusiones | \$0          |
| <b>Total</b>          | <b>\$600</b> |

**Preguntas:** Llame al 1-866-940-8306 o visite [www.ucop.edu/ucship](http://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 UC Family y **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](http://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.