

CCHP: Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental

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? | \$0 | Revise la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para informarse sobre los costos y servicios que cubre este plan . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Todos los servicios son cubiertos sin tener que cumplir con un deducible . | Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de alcanzar su deducible . Consulte 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. | Usted no tiene que alcanzar ningún deducible para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | \$3,500 Individual / \$6,700 Familiar | El desembolso máximo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares en este plan , cada cual tiene que alcanzar su propio desembolso máximo hasta que se haya alcanzado el desembolso máximo total familiar. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas y atención de salud que no son cubiertas por este plan , y servicios fuera de la red. | Aunque usted pague por estos gastos, los mismos no se toman en cuenta para el desembolso máximo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ? | Sí. Consulte http://www.cchphealthplan.com/doctors-locations 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 utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | Sí. | Este plan pagará algunos o todos los costos de consultar a un especialista para obtener servicios cubiertos pero sólo si tiene un referido antes de consultar al especialista . |

Números de control de OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146
Publicado el 6 de abril de 2016



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 | Copago de \$15/Consulta | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita al especialista | Copago de \$30/Consulta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | No hay cargo | Sin cobertura | 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) | Copago de \$15/Consulta (Laboratorio) Copago de \$30/Consulta (Radiografía) | Sin cobertura | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Copago de \$75/Consulta | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en https://cchphealthplan.com/sites/default/files/pdfs/4_Tier_Exchange_Formulary.pdf | Nivel 1 - Medicamentos genéricos | Copago de \$5/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$10/Receta (Pedido por correo) | Sin cobertura | Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); Suministro de 31-90 días (receta de pedido por correo). La receta de pedido 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 . |
| | Nivel 2 - Medicamentos de marcas preferidas | Copago de \$15/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$30/Receta (Pedido por correo) | Sin cobertura | |
| | Nivel 3 - Medicamentos de marcas no preferidas | Copago de \$25/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$50/Receta (Pedido por correo) | Sin cobertura | 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. |
| | Nivel 4 - Medicamentos especializados | Coseguro del 10% hasta \$250/Receta (Farmacia minorista) | Sin cobertura | Si su medicamento con receta no está en el formulario, puede solicitar una autorización previa . |

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.cchphealthplan.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) | Copago de \$100 | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | Copago de \$25 | Sin cobertura | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Copago de \$150/Consulta | Copago de \$150/Consulta | El copago no aplica si es ingresado al hospital. |
| | Transporte médico de emergencia | Copago de \$150/Viaje | Copago de \$150/Viaje | Ninguna |
| | Atención de urgencia | Copago de \$150 | Sin cobertura | Ninguna |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | Copago de \$250/Día hasta los primeros 5 días | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Consulta ambulatoria: Copago de \$15/Consulta Otras consultas ambulatorias: Copago de \$15/Consulta | Sin cobertura | 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 | Copago de \$250/Día hasta los primeros 5 días | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | El costo compartido no se aplica a servicios preventivos. Según el tipo de servicios, se puede aplicar un copago. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte de este documento (ej., ultrasonido). |
| | Servicios de parto profesionales | Sin cargo | Sin cobertura | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | Copago de \$250/Día hasta los primeros 5 días | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | Copago de \$20/Consulta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Servicios de rehabilitación | Copago de \$15/Consulta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Servicios de habilitación | Copago de \$15/Consulta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Cuidado de enfermería especializada | Copago de \$150/Día hasta los primeros 5 días | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Limitado a 100 días cubiertos cada año calendario. |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 10% | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . |
| Si su niño necesita servicios | Examen de la vista pediátrico | Sin cargo | Sin cobertura | 1 examen cubierto por año calendario |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | Sin cobertura | 1 par por año calendario; los marcos de la colección pediátrica de VSP están cubiertos en su |

| 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) | |
| odontológicos o de la vista | | | | totalidad (o lentes de contacto en vez de anteojos) |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cargo | Sin cobertura | 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](#).)

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Cirugía cosmética • Cuidado dental para adultos | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cuidado a largo plazo • Cuidado no urgente cuando viaja fuera del país | <ul style="list-style-type: none"> • 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](#).)

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abortos • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad |
|---|--|---|

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/use-secure-line-grievance-form>, 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 1-800-HMO-2219 o visitando <http://www.hmohelp.ca.gov>

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-415-834-2118.

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

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](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$250/día hasta 5 días
- Otro [coseguro](#) 10%

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 | \$7,550 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,525 |
| Cosegueros | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$1,000 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,525 |

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](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$250/día hasta 5 días
- Otro [coseguro](#) 10%

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 | \$0 |
| Copagos | \$860 |
| Cosegueros | \$260 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,120 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$30
- [Copago](#) del hospital (instalación) \$250/día hasta 5 días
- Otro [coseguro](#) 10%

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 | \$0 |
| Copagos | \$750 |
| Cosegueros | \$50 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$800 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.