

CCHP: Silver 70 HMO 2000/45+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?	\$2,000/Individual o \$4,000/Familiar	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. Atención preventiva , consultas médicas, servicios para pacientes externos, suministros médicos, y la mayoría de servicios de salud para el hogar.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . 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?	Sí. \$125/Individual o \$250/Familiar para medicamentos con receta de los Niveles 1, 2, 3, y 4. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. No hay otros deducibles específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$7,000 Individual / \$14,000 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/doctor-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 \$45/Consulta No aplica un deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$75/Consulta No aplica un deducible	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 \$40/Consulta (Laboratorio) Copago de \$70/Consulta (Radiografía) No aplica un deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Copago de \$300/Consulta No aplica un deducible	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 \$15/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$30/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 \$55/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$110/Receta (Pedido por correo)	Sin cobertura	
	Nivel 3 - Medicamentos de marcas no preferidas	Copago de \$85/Receta (Farmacia minorista) Copago de \$170/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 20% 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.insert.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 20% No aplica un deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20% No aplica un deducible	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$350/Consulta No aplica un deducible	Copago de \$350/Consulta No aplica un deducible	El copago no aplica si es ingresado al hospital.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$250/Viaje	Copago de \$250/Viaje	Ninguna
	Atención de urgencia	Copago de \$45/Consulta No aplica un deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Consulta ambulatoria: Copago de \$45/Consulta Otras consultas ambulatorias: Coseguro del 20% hasta Copago de \$45/Consulta No aplica un deducible	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	Coseguro del 20%	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	Coseguro del 20%	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Copago de \$45/Consulta No aplica un deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$45/Consulta No aplica un deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios de habilitación	Copago de \$45/Consulta No aplica un deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Limitado a 100 días cubiertos cada año calendario.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20% No aplica un deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .

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)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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 totalidad (o lentes de contacto en vez de anteojos)
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	Sin cobertura	1 examen cubierto por año calendario

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/No]

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/No]

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](#) \$2,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$655
Coseguros	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,000
El total que Peg pagaría es	\$4,155

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](#) \$2,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$160
Coseguros	\$260
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,420

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,025
Copagos	\$325
Coseguros	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,350

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