



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite

www.healthnet.com/policy/shop_gold_80_ppo_2021 o llame al 1-800-522-0088. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o en www.healthnet.com, o llamar al 1-800-522-0088 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Para proveedores preferidos : \$350 por persona; \$700 por familia. Para proveedores fuera de la red : \$2,000 por persona; \$4,000 por familia, por año calendario. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan , cada uno debe completar el deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia complete el deducible general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. La atención preventiva ; las visitas al consultorio del médico; las radiografías y las pruebas de laboratorio; los estudios de imágenes; los medicamentos con receta ; las cirugías ambulatorias; la atención de urgencia ; los servicios de salud mental o de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios; las visitas para el cuidado de la salud en el hogar ; los servicios de rehabilitación y de habilitación ; el equipo médico duradero ; la atención de cuidados paliativos ; los servicios de acupuntura y la atención odontológica y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted complete el deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores preferidos : \$7,800 por persona; \$15,600 por familia. Para proveedores fuera de la red : \$15,600 por persona; \$31,200 por familia, por año calendario. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que completar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se complete el límite de gastos de bolsillo general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , cargos de facturación de saldo , gastos pagados por servicios para tratar la infertilidad, descuentos en medicamentos, cupones o tarjetas de copago por medicamentos con receta, multas por falta de certificación y atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| <p>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</p> | <p>Sí. Para obtener una lista de proveedores preferidos, visite www.healthnet.com/providersearch o llame al 1-800-522-0088.</p> | <p>Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p> |
| <p>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.</p> |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|
| | | Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Copago de \$25/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| | Consulta con un especialista | Copago de \$50/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo. | Coseguro del 50%. | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan . |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio: copago de \$25/visita. No se aplica el deducible . Radiografías: copago de \$65/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Coseguro del 20%. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.healthnet.com/ca_druglist | Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1) | Copago de \$15/orden minorista. No se aplica el deducible . Copago de \$30/compra por correo. No se aplica el deducible . | Sin cobertura. | Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 31-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Si no se obtiene autorización previa , se aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, excepto para atención de emergencia o de urgencia. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos (nivel 2) | Copago de \$50/orden minorista. No se aplica el deducible . Copago de \$100/compra por correo. No se aplica el deducible . | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3) | Copago de \$80/orden minorista. No se aplica el deducible . Copago de \$160/compra por correo. No se aplica el deducible . | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de especialidad (nivel 4) | Coseguro del 20% hasta \$250 por receta de 30 días. No se aplica el deducible . | Sin cobertura. | Suministro/orden: suministro de 30 días en farmacias de especialidad, salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Si no se obtiene autorización previa , se aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, excepto para atención de emergencia o de urgencia. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.healthnet.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Coseguro del 20%. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación, o se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Coseguro del 20%. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Tarifa del centro: coseguro del 20%. Servicios profesionales: sin cargo. | Tarifa del centro: coseguro del 20%. Servicios profesionales: sin cargo. | Ninguna. |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 20%. | Coseguro del 20%. | Ninguna. |
| | Atención de urgencia | Copago de \$25/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Se requiere certificación para una internación y para algunos servicios brindados durante la internación. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: copago de \$25. No se aplica el deducible . Visita que no sea al consultorio: coseguro del 20% hasta \$25. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | No se requiere certificación para los servicios de diagnóstico de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, excepto para cirugía reconstructiva . Si se requiere certificación pero no se obtiene, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|
| | | Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. | Coseguro del 50%. | No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Puede aplicarse un coseguro según el tipo de servicios. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., ecografías). El programa de control prenatal de California está cubierto sin cargo dentro y fuera de la red. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Ninguna. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Coseguro del 20%. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Se limita a 100 visitas por año calendario, combinadas entre visitas a los proveedores preferidos de la red y fuera de la red (cada uno de los servicios de rehabilitación y de habilitación en el hogar tiene un límite de 100 visitas por separado, por año calendario). Se requiere certificación para algunos servicios o se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Servicios de rehabilitación | Copago de \$25/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Servicios de habilitación | Copago de \$25/visita. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Atención de enfermería especializada | Coseguro del 20%. | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 20%. No se aplica el deducible . | Coseguro del 50%. | Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo. | Coseguro del 50%. | Se requiere certificación para admisiones en instalaciones de cuidados paliativos únicamente. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la red de proveedores preferidos y una multa de \$500 fuera de la red . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo. | Sin cobertura. | Limitado a 1 visita por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo. | Sin cobertura. | Marcos seleccionados por el proveedor: 1 par por año calendario. |
| | Control dental para niños | Sin cargo. | Coseguro del 10%. No se aplica el deducible . | Limitado a un control cada 6 meses. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención de quiropráctico.
- Cirugía cosmética.
- Servicios dentales (adultos).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Programas para bajar de peso (la exclusión no se aplica a las intervenciones de atención conductual preventiva).

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Servicios de aborto.
- Acupuntura (cubierta cuando sea médicamente necesaria).
- Cirugía bariátrica (cubierta a través de la red de proveedores preferidos si se la considera médicamente necesaria).
- Tratamiento de la infertilidad (limitado a \$2,000 de por vida. Los medicamentos para la infertilidad se limitan a un monto separado de \$2,000 de por vida (no se cubren la transferencia intrafalopiana de cigotos ni la fertilización *in vitro*)).
- Atención de la vista de rutina (adultos) (exámenes/refracciones de ojos con fines de corrección de la visión).

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros de Salud: 1-877-267-2323 (extensión 61565), www.cciio.cms.gov. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.healthnet.com.
SBC_GLD_80_INF_PPO_SHOP_2021

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-888-926-4988; envíe un formulario de queja a través de www.myhealthnetca.com; o presente una queja por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si tiene una queja contra Health Net, también puede comunicarse con la Unidad de Salud de la División de Comunicaciones con el Consumidor del Departamento de Seguros de California, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, llamar al 1-800-927-HELP (4357), 1-800-482-4833 (TDD), o visitar www.insurance.ca.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California. Para hacerlo, use la información de contacto proporcionada anteriormente.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para las primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-522-0088.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-522-0088.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-522-0088.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-522-0088.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$350
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$350 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$2,100 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$3,010 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$350
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,200 |
| Coseguro | \$200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,420 |

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$350
- [Copago](#) del [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$350 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$950 |

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