

CCHP: Bronze 60 HMO

Cobertura: Individual y Familiar | 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?	\$6,300/Individual o \$12,600/Familiar	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de este. El plan comienza a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propio deducible hasta que se haya cumplido el deducible de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Atención preventiva , servicios para pacientes externos.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$500/Individual o \$1,000/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.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	\$7,800 Individual / \$15,600 Familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límite a los gastos directos del bolsillo hasta que se haya cumplido el límite general de gastos directos de bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos directos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo, y atención médica este plan no cubrir	Aunque usted pague por estos gastos, los mismos no se toman en cuenta para el desembolso máximo .
¿Pagará menos si utiliza a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte https://cchphealthplan.com/family-member 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 acude a un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). 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 acudir a un especialista para obtener servicios cubiertos pero sólo si tiene un referido antes de acudir al especialista .



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 \$65/Consulta Se aplica un deducible después de las primeras 3 consultas no preventivas	No cubierto	Ninguno
	Visita al especialista	Copago de \$95/Consulta Se aplica un deducible después de las primeras 3 consultas no preventivas	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo El deducible no se aplica	No cubierto	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) Coseguro del 40%/Consulta (Radiografía)	No cubierto	Ninguno
	Imagenología (CT / PET scan, MRI)	Coseguro del 40%/Consulta	No cubierto	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en https://www.cchphealthplan.com/family-member.pdf	Nivel 1 - Medicamentos genéricos		No cubierto	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 . 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 2 - Medicamentos de marcas preferidas	Coseguro del 40% hasta \$500/Receta (Farmacia minorista) Coseguro del 40% hasta \$1,500/Receta (Pedido por correo)	No cubierto	
	Nivel 3 - Medicamentos de marcas no preferidas	Coseguro del 40% hasta \$500/Receta (Farmacia minorista) Coseguro del 40% hasta \$1,500/Receta (Pedido por correo)	No cubierto	

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)	
	Nivel 4 - Medicamentos especializados	Coseguro del 40% hasta \$500/Receta (Farmacia minorista)	No cubierto	Si su medicamento con receta no está en el formulario, puede solicitar una autorización previa .
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 40%	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 40%	Coseguro del 100%/Consulta	El copago no aplica si es ingresado al hospital.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 40%/Viaje	Coseguro del 100%/Viaje	Ninguno
	Atención de urgencia	Copago de \$65/Consulta Se aplica un deducible después de las primeras 3 consultas no preventivas	No cubierto	Ninguno
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Consulta ambulatoria: Sin cargo El deducible no se aplica Otras consultas ambulatorias: Coseguro del 40% hasta \$65/ Consulta	No cubierto	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 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo El deducible no se aplica	No cubierto	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 40%	No cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 40%	No cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$65/Consulta No se aplica un deducible	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Servicios de habilitación	Copago de \$65/Consulta No se aplica un deducible	No cubierto	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)	
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa . Limitado a 100 días cubiertos cada año calendario.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 40%	No cubierto	Se requiere autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo El deducible no se aplica	No cubierto	Se requiere autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo El deducible no se aplica	No cubierto	1 examen cubierto por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo El deducible no se aplica	No cubierto	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 El deducible no se aplica	No cubierto	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 • Tratamiento de infertilidad • 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"> • Acupuntura 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica 	

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/family-member>, 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.

—————*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](#) \$6,300
- [Copago](#) del [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$13,100
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,500
Copagos	\$700
Coseguros	\$3,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$7,960

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](#) \$6,300
- [Copago](#) del [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$8,000
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$1,800
Coseguros	\$2,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$200
El total que Joe pagaría es	\$5,600

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Copago](#) del [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (instalación) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$2,000
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$500
Copagos	\$600
Coseguros	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,400

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