

Planes de Covered California de CalOptima Health

Programa de beneficios

CalOptima Health Covered Bronze 60 HMO

Plan individual y familiar

El Programa de beneficios establece la parte de los costos compartidos que pagará el miembro por los servicios cubiertos bajo este plan de beneficios y representa solo una breve descripción del plan de beneficios. Lea detenidamente la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una descripción completa de las disposiciones, los beneficios, las exclusiones, la autorización previa y otra información importante sobre este plan de beneficios.

Deducibles por año calendario

Un deducible por año calendario es el monto que un miembro paga cada año calendario antes de que CalOptima Health pague por los servicios cubiertos bajo el plan.

		Al usar un proveedor participante
Deducible por año calendario	Cobertura individual:	\$5,800
	Cobertura familiar:	\$5,800: individual
		\$11,600: familiar
Deducible de farmacia por año calendario	Cobertura individual:	\$450
	Cobertura familiar:	\$450: individual
		\$900: familiar

Máximo de gastos de bolsillo por año calendario

Un máximo de gastos de bolsillo es el máximo que un miembro pagará por los servicios cubiertos cada año calendario. Las excepciones se detallan en la Evidencia de cobertura.

	Al usar un proveedor participante
Cobertura individual:	\$11,650
Cobertura familiar:	\$11,650: individual
	\$23,300: familiar

Sin límite de dólares anual ni de por vida

Bajo este plan, no existe un límite de dólares anual ni de por vida en el monto que el plan pagará por los servicios cubiertos.

Diseños de planes de beneficios centrados en el paciente para 2027 10.0 Beneficios de salud esenciales (EHB) Resumen de beneficios y cobertura Los montos de costos compartidos del miembro indican los gastos de bolsillo del miembro.	
	CalOptima Health Covered Bronze 60 HMO
Valor actuarial (Actuarial Value, AV): calculadora de AV	63.0%
¿El diseño del plan incluye un deducible?	Sí, médico / farmacia
Deducible individual integrado	N/A
Deducible familiar integrado	N/A
Deducible individual, NO integrado: médico / farmacia / dental	\$5,800 / \$450 / \$0
Deducible familiar, NO integrado: médico / farmacia / dental	\$11,600 / \$900 / \$0
Máximo de gastos de bolsillo individual	\$11,650
Máximo de gastos de bolsillo familiar	\$23,300
Plan HSA: deducible para cobertura solo para uno mismo	\$5,800 / \$450 / \$0
Plan HSA familiar: deducible individual	\$5,800 / \$450 / \$0

Circunstancia médica común	Tipo de servicio	Costo compartido del miembro	Se aplica el deducible
Visita al consultorio o clínica de un proveedor de cuidado primario	Consulta de cuidado primario para tratar una lesión, enfermedad o afección	\$60	Después de las primeras tres consultas no preventivas
	Consulta con otro profesional de la salud	\$60	
	Consulta con un especialista	\$100	
	Cuidado preventivo/detección/vacunación	Sin cargo	
Pruebas	Pruebas de laboratorio	\$50	X
	Radiografías y estudios de diagnóstico por imágenes	40%	
	Imágenes (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40%	
Medicamentos para tratar una enfermedad o afección	Nivel 1	\$20	Deducible de farmacia
	Nivel 2	40%, hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia	
	Nivel 3	40%, hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia	

	Nivel 4	40%, hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia	Deducible de farmacia
Servicios ambulatorios	Cargo del centro quirúrgico (por ejemplo, Centro de cirugía ambulatorio [ambulatory surgery center ASC])	40%	X
	Honorarios del médico/cirujano	40%	X
	Consulta ambulatoria	40%	X
Necesita atención médica inmediata	Cargo del centro por servicios de la sala de emergencias (no se cobra si ingresa al hospital)	40%	X
	Honorarios del médico de la sala de emergencias (no se cobra si ingresa al hospital)	Sin cargo	
	Transporte médico (incluye transporte de emergencia y que no es de emergencia)	40%	X
	Atención de urgencia	\$60	
Hospitalización	Cargo del centro (por ejemplo, habitación del hospital) por una estancia como paciente hospitalizado (incluye parto y nacimiento, salud mental y por consumo de sustancias)	40%	X
	Honorarios del médico/cirujano	40%	X
Necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Consultas ambulatorias para servicios de salud mental, del comportamiento y para trastornos por consumo de sustancias	\$60	
	Otros artículos y servicios ambulatorios de salud mental, del comportamiento y para trastornos por consumo de sustancias	\$60	
Embarazo	Atención prenatal y consultas previas a la concepción	Sin cargo	
Necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar (costo compartido por visita)	40%	X
	Servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación	\$60	
	Atención de enfermería especializada	40%	X
	Equipo médico duradero	40%	X
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	
Atención de la vista para niños	Examen de la vista	Sin cargo	
	1 par de anteojos al año (o lentes de contacto en lugar de anteojos)	Sin cargo	
Servicios dentales de diagnóstico y prevención para niños	Examen bucal Limpieza preventiva Radiografías preventivas Selladores por diente Aplicación tópica de flúor Mantenedores de espacio fijos	Sin cargo	

Servicios dentales básicos para niños	Procedimientos de restauración dental	20%	
	Servicios de mantenimiento periodontal		
Servicios dentales mayores para niños	Coronas y modelos dentales	50%	
	Endodoncia		
	Periodoncia (excepto de mantenimiento)		
	Prostodoncia		
	Cirugía bucal		
Ortodoncia para niños	Ortodoncia médicamente necesaria	50%	

Notas finales de los Diseños de planes de beneficios centrados en el paciente de Covered California 2027

Estas notas finales y Diseños de planes de beneficios centrados en el paciente solo se aplican a los beneficios cubiertos.

Notas:

1)	Todos y cada uno de los pagos de costos compartidos por beneficios cubiertos dentro de la red se toman en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo. Si se aplica un deducible al servicio, los pagos de costos compartidos por todos los servicios dentro de la red se acumulan para alcanzar el deducible. Los servicios dentro de la red incluyen los servicios prestados por un proveedor de atención médica fuera de la red, pero que la aseguradora haya aprobado como servicios dentro de la red.
2)	Para los servicios cubiertos fuera de la red de un plan PPO, estos Diseños de planes de beneficios centrados en el paciente no determinan los montos de costos compartidos, el deducible ni el máximo de gastos de bolsillo. Consulte la Evidencia de cobertura o la póliza del PPO correspondiente.
3)	Los pagos de costos compartidos por medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos, pero que estén aprobados como excepciones, se acumulan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red del plan.
4)	Para planes que no sean los Planes de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP), en la cobertura que es solo para uno mismo, el monto individual para alcanzar el deducible, si corresponde, se limita al monto del deducible individual anual. En una cobertura que no sea solo para uno mismo, la contribución individual de bolsillo se limita al máximo anual de gastos de bolsillo individual. Después de que una familia alcanza el máximo de gastos de bolsillo familiar, la aseguradora paga todos los costos de los beneficios cubiertos de todos los integrantes de la familia.
5)	Para los planes HDHP, en una cobertura que no sea solo para uno mismo, el monto individual para alcanzar el deducible, si aplica, debe ser el mayor de los siguientes: (1) el monto del deducible especificado para la cobertura individual o (2) el monto mínimo del deducible para la cobertura familiar especificado por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2027 sobre los montos ajustados por inflación para las Cuentas de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA), emitido conforme a la sección 223 del Código de impuestos internos. En una cobertura que no sea solo para uno mismo, la contribución individual de bolsillo se limita al máximo anual de gastos de bolsillo individual.
6)	Los Copagos nunca pueden superar el costo real del servicio del plan. Por ejemplo, si los análisis de laboratorio cuestan menos que el copago de \$45, el monto menor es el costo compartido aplicable.
7)	Cuando esté indicado, el deducible no se aplica a las primeras tres consultas no preventivas en conjunto, que pueden incluir consultas de atención primaria, atención de urgencia y/o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
8)	Los costos compartidos que pagará el miembro por los medicamentos orales contra el cáncer no superará los \$250 por una receta, para un máximo de 30 días, de conformidad con la ley estatal (sección §1367.656 del Código de Salud y Seguridad, sección §10123.206 del Código de Seguros).
9)	En los planes Platinum y Gold con copago, no se aplican costos compartidos adicionales a las estancias como paciente hospitalizado ni en centros de enfermería especializada después de los primeros 5 días de una estancia continua.
10)	Para medicamentos para tratar una enfermedad o afección, se aplica el copago o coseguro correspondiente al suministro de la receta médica para hasta 30 días. Nada de lo incluido en esta nota impide que una aseguradora ofrezca medicamentos con receta por correo con un costo compartido reducido.
11)	Según corresponda, para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios dentales para niños, una aseguradora puede elegir el diseño del plan de beneficios estándares dentales para niños con copago o coseguro, independientemente de que seleccione el diseño con copago o coseguro para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios

	que no sean dentales. En el plan Catastrophic, debe aplicarse el deducible a los beneficios dentales no preventivos para niños, y anteojos (o lentes de contacto en lugar de anteojos) bajo Cuidado de la vista para niños.
12)	Un diseño de beneficios de un plan de salud que usa el diseño de copago de beneficios estándares dentales para niños debe cumplir con la Tabla de copagos dentales de Covered California para 2027.
13)	El costo compartido del miembro por los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplica al curso de tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al curso de tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en el plan.
14)	Los términos de costos compartidos y los requisitos de acumulación para los Beneficios de salud no esenciales que son beneficios cubiertos no se tratan en estos Diseños de planes de beneficios centrados en el paciente.
15)	Trastornos de salud mental o por consumo de sustancias: otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, hospitalización parcial, tratamiento psiquiátrico intensivo multidisciplinario para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento diurno, programas intensivos para pacientes ambulatorios, tratamiento para los trastornos del comportamiento para trastorno generalizado del desarrollo (Pervasive Developmental Disorder, PPD) o autismo administrado en el hogar y otros servicios intermedios ambulatorios que se encuentran entre la atención hospitalaria y las consultas regulares para pacientes ambulatorios.
16)	El tratamiento residencial por consumo de sustancias que emplee métodos terapéuticos altamente intensivos y variados en un contexto altamente estructurado y que se realice en entornos tales como programas de rehabilitación residencial comunitaria, programas de administración de casos y programas postratamiento, se categoriza como servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados.
17)	Los especialistas son médicos con una de las siguientes especialidades: alergias, anestesiología, dermatología, cardiología y otros especialistas en medicina interna, neonatología, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, patología, psiquiatría, radiología, cualquier especialidad quirúrgica, otorrinolaringología, urología y otras especialidades designadas según corresponda. Los servicios proporcionados por especialistas para el tratamiento de la salud mental o para trastornos por consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios para la salud mental y del comportamiento, o para trastornos por consumo de sustancias.
18)	La categoría Otros proveedores de servicios de salud puede incluir profesionales de enfermería con práctica médica, enfermeras parteras certificadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos clínicos, terapeutas del habla y del lenguaje, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas matrimoniales y familiares, terapeutas especialistas en análisis del comportamiento aplicado, podólogos, acupunturistas con práctica médica, dietistas titulados y otros asesores nutricionales. Nada de lo detallado en esta nota impide que un plan use otra categoría de beneficios comparable que no sea la categoría de consultas a especialista para un servicio proporcionado por uno de estos proveedores de servicios de salud. Los servicios proporcionados por otros proveedores de servicios de salud para el tratamiento de la salud mental o para trastornos de consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios para la salud mental y del comportamiento, o trastornos por consumo de sustancias.
19)	El concepto de Consulta ambulatoria dentro de la categoría de Servicios ambulatorios incluye, entre otros, los siguientes tipos de visitas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radioterapia ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria, diálisis ambulatoria y servicios similares ambulatorios.
20)	El costo compartido por concepto de médicos para pacientes hospitalizados puede aplicarse a cualquier médico del centro que facture por separado (por ejemplo, un cirujano). El médico de cuidado primario o especialista de un miembro puede aplicar el costo compartido de la consulta cuando realiza una visita al miembro en un hospital o centro enfermería especializada.

21)	Covered California puede aprobar desviaciones de los diseños del plan de beneficios para ciertos servicios caso por caso, si es necesario, para cumplir con la Ley de Paridad de Salud Mental de California o la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) federal.																
22)	El tratamiento de salud del comportamiento para el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo está cubierto por los servicios ambulatorios de salud mental y del comportamiento.																
23)	A continuación, se definen los niveles de medicamentos:																
	<table> <tr> <th>Nivel</th><th>Definición</th></tr> <tr> <td>1</td><td>1) La mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo.</td></tr> <tr> <td rowspan="3">2</td><td>1) Medicamentos genéricos no preferidos;</td></tr> <tr> <td>2) Medicamentos de marca preferidos; y</td></tr> <tr> <td>3) Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacia y terapéutica (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.</td></tr> <tr> <td rowspan="3">3</td><td>1) Medicamentos de marca no preferidos; o</td></tr> <tr> <td>2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o</td></tr> <tr> <td>3) Medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en un nivel más bajo.</td></tr> <tr> <td rowspan="3">4</td><td>1) Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante del medicamento exija que se distribuyan a través de farmacias de especialidad;</td></tr> <tr> <td>2) Medicamentos que requieran que el miembro cuente con capacitación especial o supervisión clínica;</td></tr> <tr> <td>3) Medicamentos que le cuesten al plan de salud (netos de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro para un mes.</td></tr> </table> Algunos medicamentos pueden estar sujetos a un costo compartido de cero conforme a las reglas de servicios preventivos.	Nivel	Definición	1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo.	2	1) Medicamentos genéricos no preferidos;	2) Medicamentos de marca preferidos; y	3) Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacia y terapéutica (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.	3	1) Medicamentos de marca no preferidos; o	2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o	3) Medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en un nivel más bajo.	4	1) Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante del medicamento exija que se distribuyan a través de farmacias de especialidad;	2) Medicamentos que requieran que el miembro cuente con capacitación especial o supervisión clínica;	3) Medicamentos que le cuesten al plan de salud (netos de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro para un mes.
Nivel	Definición																
1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo.																
2	1) Medicamentos genéricos no preferidos;																
	2) Medicamentos de marca preferidos; y																
	3) Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacia y terapéutica (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.																
3	1) Medicamentos de marca no preferidos; o																
	2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o																
	3) Medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en un nivel más bajo.																
4	1) Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante del medicamento exija que se distribuyan a través de farmacias de especialidad;																
	2) Medicamentos que requieran que el miembro cuente con capacitación especial o supervisión clínica;																
	3) Medicamentos que le cuesten al plan de salud (netos de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro para un mes.																
24)	Las aseguradoras deben cumplir la sección 156.122(d) del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), con fecha del 27 de febrero de 2015, que exige que el plan de salud publique una lista actualizada, precisa y completa de todos los medicamentos cubiertos en su lista de medicamentos cubiertos, incluida la estructura de niveles que se adopte.																
25)	La lista de medicamentos cubiertos de un plan debe incluir una descripción clara por escrito del proceso de excepción que un miembro podría utilizar para obtener la cobertura de un medicamento que no esté incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan.																
26)	La aseguradora de salud no puede imponer un costo compartido al miembro para el autocontrol de la diabetes, que se define como los servicios que se proporcionan para la capacitación, la educación y la terapia de nutrición médica para el autocontrol de pacientes diabéticos ambulatorios para permitir que un miembro use correctamente los dispositivos, equipos, medicamentos y suministros, y cualquier capacitación, educación y terapia de nutrición médica adicional para el autocontrol de pacientes ambulatorios cuando lo indique o recete el médico del miembro. Esto incluye, entre otros, la instrucción que permitirá a los pacientes diabéticos y sus familias comprender el proceso de la enfermedad diabética y el manejo diario de la terapia diabética, a fin de evitar hospitalizaciones frecuentes y complicaciones.																
27)	El costo compartido por los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del lugar del servicio.																

28)	Para todos los medicamentos para dejar el tabaco aprobados por la FDA, no puede imponerse ningún límite en la cantidad de días de tratamiento (ya sea solos o en combinación) durante el año del plan.
29)	Para ingresos hospitalarios, si el centro no factura la tarifa del centro y la tarifa del médico o cirujano por separado, una aseguradora puede aplicar los requisitos de costo compartido para la tarifa del centro a la totalidad del cargo.
30)	Para cualquier diseño de plan de beneficios en el que no esté presente una designación de Solo Individual o Solo Covered California para Pequeñas Empresas (Covered California Small Business, CCSB), el diseño del plan de beneficios será aplicable a los mercados individuales y de grupos pequeños. Si un plan de salud busca ofrecer dichos diseños de planes de beneficios en ambos mercados, se tratarán como diseños de planes de beneficios separados para fines de cumplimiento normativo.
31)	El máximo de gastos de bolsillo en Bronze HDHP no excederá el límite máximo de gastos de bolsillo especificado por el IRS en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2027 para montos ajustados por inflación para HDHP vinculados a la HSA, emitido de conformidad con la sección 223 del Título 26 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.).
32)	Estas Notas finales no limitan la obligación de la aseguradora de cumplir con las leyes, normas o regulaciones federales, estatales o locales aplicables. En el caso de que una aseguradora esté sujeta a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o enmendado que entre en conflicto con los requisitos de estas Notas finales, la aseguradora deberá cumplir con la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas Notas finales excedan los requisitos impuestos por la ley, la aseguradora deberá cumplir con los requisitos establecidos en estas Notas finales.
33)	Los planes elegibles para la HSA pueden ofrecer servicios de telesalud y otros servicios de atención remota antes de que alcanzar el deducible, de conformidad con la sección 223, del Título 26 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.).