

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: del 1.º de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

CalOptima Health Covered: Platinum 90 HMO

Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: HMO



El Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **AVISO:** 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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-312-2221 (TTY 711) o visítenos en www.caloptima.org. Para ver definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-312-2221 (TTY 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 individual / \$0 familiar Por año calendario	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada integrante de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los integrantes de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	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 costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar la cantidad específica del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$5,500 individual / \$11,000 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores dentro de la red , visite www.caloptima.org o llame al 1-888-312-2221 (TTY 711).	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Pagará la mayor cantidad si acude a un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como estudios de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.

¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ?	Sí. Se requiere una autorización previa . *	Este plan pagará todos o algunos de los costos por consultar a un especialista para servicios cubiertos, pero solo si obtiene una referencia antes de consultarlo.
---	---	--



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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo menos posible)	Proveedor fuera de la red (pagará la mayor cantidad)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor de cuidado primario	Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago por visita	No cubierto	Ninguno
	Consultas con un especialista	\$45 de copago por visita	No cubierto	Se requiere una referencia .
	Cuidado preventivo/evaluación/ vacunas	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después verifique que pagará el plan .*
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico radiografía, análisis de sangre)	\$25 de copago por visita (análisis de sangre) \$35 de copago por visita (radiografía)	No cubierto	Se requiere una orden médica . Se requiere una autorización previa . *
	Imágenes (tomografías computarizadas/ tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$90 de copago por visita	No cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.caloptima.org .	Nivel 1: la mayoría de los medicamentos genéricos	\$10 de copago por un suministro de hasta 30 días por receta \$30 de copago por un suministro de hasta 90 días por receta (farmacia minorista/de pedido por correo)	No cubierto	Suministro de hasta 90 días en farmacias minoristas y de pedido por correo, excepto cuando apliquen límites de cantidad. Se requiere una autorización previa para ciertos medicamentos.
	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	\$25 de copago por un suministro de hasta 30 días por receta \$75 de copago por un suministro de hasta 90	No cubierto	

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo menos posible)	Proveedor fuera de la red (pagará la mayor cantidad)	
		días por receta (farmacia minorista/de pedido por correo)		
	Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos	\$45 de copago por un suministro de hasta 30 días por receta \$135 de copago por un suministro de hasta 90 días por receta (farmacia minorista/de pedido por correo)	No cubierto	
	Nivel 4: medicamentos especializados	10% de coseguro hasta \$250 por receta (farmacia minorista/de pedido por correo)	No cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago por visita	No cubierto	Se requiere una autorización previa .*
	Honorarios del médico/cirujano	\$50 de copago por visita	No cubierto	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$225 de copago por visita Sin cargo (médico de la sala de emergencias)	\$225 de copago por visita Sin cargo (médico de la sala de emergencias)	Copago anulado si ingresa al hospital. Los servicios fuera de la red deben cumplir con los requisitos de atención de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	\$150 copago por transporte	\$150 copago por transporte	Los servicios fuera de la red deben cumplir con los requisitos de atención de emergencia.
	Atención de urgencia	\$20 de copago por visita	\$20 de copago por visita	Los servicios de atención de urgencia fuera de la red están cubiertos cuando se encuentra fuera del área de servicio.
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	\$325 por día	No cubierto	Se requiere una autorización previa . El copago se aplica hasta por 5 días.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Ninguno

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo menos posible)	Proveedor fuera de la red (pagará la mayor cantidad)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias Si está embarazada	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por visita (consulta) \$20 de copago por visita (que no sea una consulta)	No cubierto	Según el tipo de servicio, es posible que se requiera autorización previa .*
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$325 por día	No cubierto	Se requiere una autorización previa . El copago se aplica hasta por 5 días.
	Consultas	Sin cargo (prenatal) \$20 de copago por visita (posnatal)	No cubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto. El costo compartido no se aplica a los servicios de aborto.
	Servicios de parto/nacimiento de un centro	\$325 por día	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto. El copago se aplica hasta por 5 días. El costo compartido no se aplica a los servicios de aborto.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	\$20 de copago por visita	No cubierto	Hasta un máximo de 100 visitas por año calendario por miembro brindadas por proveedores de atención médica en el hogar. Se requiere una autorización previa .*
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago por visita	No cubierto	Se requiere una autorización previa .* Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	Servicios de habilitación	\$20 de copago por visita	No cubierto	Se requiere una autorización previa .*
	Atención de enfermería especializada	\$175 por día	No cubierto	Hasta un máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere una autorización previa .* El copago se aplica hasta por 5 días.

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo menos posible)	Proveedor fuera de la red (pagará la mayor cantidad)	
	Equipo médico duradero	10% de coseguro por visita	No cubierto	Se requiere una autorización previa .* No incluye modificaciones de vehículos, modificaciones del hogar, equipo para hacer ejercicio ni equipo para el baño.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	Se requiere una autorización previa .*
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año calendario.*
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 par de anteojos por año calendario (o lentes de contacto en lugar de anteojos).*
	Examen dental para niños	Sin cargo	No cubierto	El examen bucal y la limpieza preventiva se limitan a 1 cada 6 meses. Consulte su documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales de rutina para adultos • Servicios de la vista para adultos • Atención quiropráctica • Aparatos auditivos | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo/atención de enfermería para el cuidado personal • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU. • Asesoramiento nutricional • Atención de enfermería de guardia privada | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina • Embarazo por gestación subrogada • Viaje y alojamiento • Programas para bajar de peso (la exclusión no se aplica a las intervenciones conductuales de cuidado preventivo). |
|---|---|---|

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

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de aborto • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética |
|---|--|--|

Su derecho a continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termine. A continuación, se indica la información de contacto de estas agencias:

- Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>.
- Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) al 1(888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o www.dmhc.ca.gov; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.
- Covered California al 1-800-300-1506 o www.coveredca.com

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

- CalOptima Health al **1-888-312-2221** (TTY 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, como la compra de cobertura de un seguro médico individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [Healthcare.gov](#), llame al **1-800-318-2596** o comuníquese con el mercado de seguros médicos de su estado o con el Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (Small Business Health Plans, SHOP).

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una [queja formal](#). Esta [queja formal](#) se conoce como [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de beneficios que recibirá por esa [queja formal](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también le brindan toda la información sobre cómo presentar una [queja formal](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221** (TTY 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- DMHC al **1-888-466-2219** (TDD 1-877-688-9891) o visite [www.dmhc.ca.gov](#).
- Envíe el formulario por correo a:
CalOptima Health **Grievance and Appeals Department**
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- Llene un formulario de quejas en el consultorio de su médico.
- En línea: visite el sitio web de CalOptima Health en [www.caloptima.org](#).

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) o [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y otras coberturas específicas. Si califica para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para recibir el [crédito fiscal para primas](#).

¿Cumple este plan con 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 primas](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Acceso a servicios de idiomas:

Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-312-2221** (TTY 711). También se brinda ayuda y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-888-312-2221** (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al **1-888-312-2221** (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-888-312-2221** (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-888-312-2221** (TTY 711).

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

Declaración de divulgación conforme a la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, puede escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran a continuación solo son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes y pueden variar según la atención que realmente reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los servicios excluidos del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta 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)

■ Deducible general del plan :	\$0
■ Copago por el especialista :	\$45
■ Copago por el hospital (centro):	\$325 por día
■ Otro copago :	\$100

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento del centro
[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Consultas con un [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$1,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan :	\$0
■ Copago por el especialista :	\$45
■ Copago por el hospital (centro):	\$325 por día
■ Otro copago :	\$100

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con el [médico de cuidado primario](#) (incluye capacitación sobre la enfermedad)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$820

Fractura simple de Mía

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

■ Deducible general del plan :	\$0
■ Copago por el especialista :	\$45
■ Copago por el hospital (centro):	\$325 por día
■ Otro copago :	\$100

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$920

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