



# BC Lumenos® Health Savings Account (HSA) Modified LBHSA287 (1500/80/60) Embedded ETSM The Claremont Colleges

Beneficios de BC PPO

Este resumen de beneficios ha sido actualizado para cumplir con los requisitos federales y estatales, incluidas las disposiciones aplicables de la reforma a las leyes federales para la atención médica aprobada recientemente. A medida que recibamos orientación y explicaciones adicionales sobre las nuevas leyes de reforma de la atención médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos, del Departamento de Trabajo y del Servicio de Impuestos Internos, es posible que debamos implementar otros cambios en este resumen de beneficios. El presente resumen de beneficios propuesto está sujeto a la aprobación del Departamento de Seguros de California y el Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Este plan Lumenos es un tipo de cobertura innovadora que permite que un asegurado utilice una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para pagar la atención médica de rutina. El programa también incluye una cobertura médica tradicional, que es esencialmente similar a la de cualquier otro plan de salud ofrecido con ánimo de evitar que el asegurado tenga gastos excesivos por la atención médica recibida.

El asegurado puede utilizar el dinero de la cuenta HSA de la manera que desee: en atención médica de rutina, en medicamentos recetados o en otros gastos médicos calificados. No es necesario realizar copagos ni alcanzar deducibles con antelación. El dinero que no utilice puede ahorrarse de un año a otro y, de esta manera, el asegurado reducirá el monto que tal vez deba pagar en el futuro. Si los gastos cubiertos superan el dinero disponible en la HSA del asegurado, esta podrá acceder a la cobertura médica tradicional después de pagar una suma limitada de bolsillo.

Ciertos servicios cubiertos tienen límites máximos de visitas o de días por año. La cantidad de visitas y de días permitidos para estos servicios comienza a acumularse a partir de la primera visita o del primer día, independientemente de que ya haya alcanzado el deducible. El asegurado debe pagar todos los costos que superen los máximos del plan. Las sumas máximas cubiertas por el plan y demás información importante están escritas en letra *cursiva*. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la Póliza.

### Sujeto a revisión de utilización

Ciertos servicios están sujetos al programa de revisión de utilización. Antes de programar los servicios, el miembro debe asegurarse de que se haya obtenido la revisión de utilización. Si no obtiene la revisión de utilización, los beneficios podrían reducirse o no pagarse, conforme a lo que estipule el plan.

### Explicación de la cantidad máxima aprobada

La cantidad máxima aprobada es el reembolso total pagadero según el plan por los servicios cubiertos recibidos de proveedores participantes y proveedores no participantes. Es el pago que corresponde a los servicios facturados por un proveedor, combinado con el deducible, el copago o el coseguro correspondientes.

Proveedores participantes: la tarifa que el proveedor ha acordado aceptar como reembolso por los servicios cubiertos. Los miembros no son responsables del pago de la diferencia entre los cargos usuales del proveedor y la cantidad máxima aprobada.

Proveedores no participantes y otros proveedores de atención médica (incluye a los que no están representados en la red de proveedores que son de una PPO): la suma del reembolso se basa en lo siguiente: una tarifa o un programa de tarifas de Anthem Blue Cross, una tarifa negociada con el proveedor, información de un proveedor externo o los cargos facturados. En caso de atención médica de emergencia prestada por un proveedor no participante o un hospital no contratado, el reembolso puede basarse en el valor usual y razonable. Es posible que el miembro deba pagar los montos que superen el valor usual y razonable. Farmacias participantes y Programa de servicio de pedido por correo: los miembros no deben pagar ninguna suma que supere la cantidad máxima aprobada para medicamentos recetados.

Farmacias no participantes: los miembros deben pagar todos los gastos que no estén cubiertos en virtud de este plan y de cualquier monto que sobrepase la cantidad máxima aprobada para medicamentos recetados.

**Cuando se utilizan proveedores no participantes, los asegurados deben pagar la diferencia entre los gastos cubiertos y los cargos reales, así como cualquier deducible y copago en porcentaje.**

**Cuando se utilizan los beneficios para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, los asegurados siempre deben pagar el gasto del medicamento que no está cubierto por el plan, así como los deducibles, los copagos en porcentaje o los copagos en dólares.**

**Deducible por año calendario** (*Los deducibles dentro y fuera de la red se aplican de forma cruzada; se aplica a la atención médica y a los beneficios de medicamentos recetados. Para suscriptores con dependientes, este plan contiene un deducible integrado, lo que significa que la distribución de costos de un miembro de la familia se aplicará además al deducible por miembro, los montos para todos los miembros de la familia se aplican al deducible familiar. Ningún miembro deberá pagar más del deducible por miembro.*)

- Proveedores participantes, farmacias participantes y otros proveedores de atención médica \$1,500/por una persona; \$2,600/miembro; \$3,000/familia
- Proveedores no participantes y farmacias no participantes \$2,500/por una persona; \$2,600/miembro; \$5,000/familia

**Gastos máximos de bolsillo anuales** (*Los gastos máximos de bolsillo dentro y fuera de la red se aplican de forma cruzada; se aplica a la atención médica y a los beneficios de medicamentos recetados. Para suscriptores con dependientes, este plan contiene un gasto máximo de bolsillo integrado, lo que significa que la distribución de costos de un miembro de la familia se aplicará además al gasto máximo de bolsillo por miembro, los montos para todos los miembros de la familia se aplican al gasto máximo de bolsillo familiar. Ningún miembro deberá pagar más del gasto máximo de bolsillo por miembro.*)

- Proveedores participantes, farmacias participantes y otros proveedores de atención médica \$3,000/por una persona; \$3,000/miembro; \$6,000/familia
- Proveedores no participantes y farmacias no participantes \$6,000/por una persona; \$6,000/miembro; \$12,000/familia

Los siguientes no se aplican a los gastos máximos de bolsillo: gastos no cubiertos. Una vez que un miembro individual o la familia (incluye al empleado y a familiares del empleado) haya alcanzado el gasto máximo anual de bolsillo para todos los cargos médicos y cargos cubiertos de medicamentos recetados, el miembro individual o la familia ya no estarán obligados a pagar un copago o coseguro para cargos cubiertos de atención médica o de medicamentos recetados durante el resto de ese año. El miembro sigue siendo el responsable de los cargos que superen los gastos no cubiertos.

**Máximo de por vida**

Sin límite

Servicios cubiertos	Cobertura médica tradicional	
	Copago por asegurado Dentro de la red	Fuera de la red (el asegurado también debe pagar los cargos que superen el gasto cubierto).
<b>Servicios médicos hospitalarios</b> (sujeto a revisión de utilización de los servicios para pacientes internados; se cancela para admisiones de emergencia)		
➤ Habitación semiprivada, comidas, dietas especiales y servicios auxiliares	20%	40%
➤ Suministros, servicios quirúrgicos y atención médica para pacientes ambulatorios (atención hospitalaria que no sea la atención en la sala de emergencias)	20%	40%
<b>Centros de cirugía ambulatoria</b>		
➤ Cirugía, servicios y suministros para pacientes ambulatorios	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup> (beneficio limitado a \$350/día)
<b>Hemodiálisis</b>		
➤ Servicios y suministros de hemodiálisis para pacientes ambulatorios	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup> (beneficio limitado a \$350/día)
<b>Centro de enfermería especializada</b> (sujeto a revisión de utilización)		
➤ Habitación semiprivada, servicios y suministros (límite de 100 días/año calendario; el límite no se aplica a salud mental y abuso de sustancias)	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup>
<b>Atención a enfermos terminales</b>		
➤ Servicios para pacientes internados y ambulatorios para asegurados; servicios de duelo familiar	20% <sup>1</sup>	
<b>Atención médica a domicilio</b>		
➤ Servicios y suministros de una agencia de atención médica a domicilio (se limita a un máximo de 100 visitas/año calendario; una visita realizada por un asistente sanitario a domicilio equivale a cuatro horas o menos, no cubierto mientras el asegurado recibe atención a enfermos terminales)	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup>
<b>Terapia de infusión a domicilio</b>		
➤ Incluye medicamentos, suministros y servicios auxiliares; entrenamiento del cuidador y visitas proporcionadas por el proveedor para controlar la terapia; equipo médico duradero, servicios de laboratorio	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup> (beneficio limitado a \$600/día)
<b>Servicios médicos profesionales</b>		
➤ Visitas en consultorio y a domicilio	20%	40%
➤ Visitas en el hospital y en el centro de enfermería especializada	20%	40%
➤ Cirujano y asistente quirúrgico; anestesiólogo o anestesista	20%	40%
<b>Radiografías y análisis clínicos para diagnóstico</b>		
➤ Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) y ecografía cardíaca nuclear (sujeto a revisión de utilización)	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup>
➤ Otras radiografías y análisis de laboratorio para diagnóstico	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup>
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
Servicios de atención preventiva, incluso* revisiones físicas, exámenes de detección con fines preventivos (incluso exámenes de detección de cáncer, virus del papiloma humano, [HPV], diabetes, colesterol, presión arterial, audición y visión, inmunizaciones, educación sanitaria, servicios de intervención, pruebas de VIH), y atención preventiva adicional para mujeres prevista en las directivas respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios.	Sin copago (se cancela el deducible)	40%
*Esta lista no es exhaustiva. Este beneficio incluye todos los servicios de atención preventiva		
<b>Terapia física, medicina física y terapia ocupacional, con servicios de quiropráctica</b> (límite de 24 visitas/año calendario)	20%	40%
<b>Terapia del habla</b>		
	20%	40%
<b>Acupuntura</b>		
➤ Servicios para el tratamiento de enfermedades o lesiones (límite de 12 visitas/año calendario)	20% <sup>2</sup>	40% <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Es posible que estos proveedores no estén adheridos a la red de PPO en el estado donde el asegurado recibe los servicios. Si dicho proveedor no está disponible en el área de servicios, el copago que debe pagar el asegurado es del 20%. Si el proveedor sí se encuentra disponible en el área de servicios y el asegurado recibe los servicios de un proveedor de una PPO, el copago del asegurado es del 20%. Sin embargo, si el asegurado elige recibir los servicios de un proveedor que no es de una PPO y dicho proveedor está disponible en el área de servicios, el copago que debe pagar el asegurado es del 40%. Todos los copagos se pagan aparte de los deducibles correspondientes.

<sup>2</sup> Los servicios de acupuntura pueden ser prestados por un acupunturista autorizado (C.A.), un médico (M.D.), un osteópata (D.O.), un podólogo (D.P.M.) o un dentista (D.D.S.).

Servicios cubiertos	Cobertura médica tradicional	
	Dentro de la red	Fuera de la red (el asegurado también debe pagar los cargos que superen el gasto cubierto).
<b>Trastornos de la articulación temporomandibular</b>		
➤ Tratamiento con férula y tratamiento quirúrgico	20%	40%
<b>Atención de embarazo y maternidad</b>		
➤ Visitas al consultorio médico	20%	40%
➤ Medicamentos recetados para el aborto ( <i>mifepristona</i> )	20%	40%
Parto normal, cesárea, complicaciones durante el embarazo y aborto		
➤ Servicios del médico para pacientes internados	20%	40%
➤ Servicios hospitalarios y auxiliares	20%	40%
<b>Trasplantes de órganos y tejidos</b> ( <i>sujeto a revisión de utilización; los trasplantes específicos tienen cobertura solo cuando se efectúan en un Centro de excelencia médica [CME] en California o en un Centro de atención especializado Blue Distinction [BDCSC] fuera de California</i> )		
Servicios para pacientes internados prestados en relación con trasplantes de órganos o tejido que no tengan como fin la investigación	20%	40%
<b>Cirugía bariátrica</b> ( <i>sujeto a revisión de utilización; cirugía médicamente necesaria para bajar de peso, solo para obesidad mórbida; se cubre solo cuando se realiza en un Centro de excelencia médica [CME]</i> )		
➤ Servicios provistos a pacientes internados en relación con una cirugía médicamente necesaria para perder peso, solo para obesidad mórbida	20%	
➤ Gastos de viaje por cirugía bariátrica cuando el hogar del asegurado está a 50 millas o más del CME bariátrico más cercano ( <i>transporte del asegurado de y hacia el CME limitado a \$130/persona/viaje para 3 viajes [visita prequirúrgica, cirugía inicial y visita de seguimiento]; transporte para un acompañante de y hacia el CME limitado a \$130/persona/viaje para 2 viajes [cirugía inicial y visita de seguimiento]; hotel para el asegurado y un acompañante limitado a la ocupación de una habitación doble y \$100/día para 2 días/viaje, o según sea médicamente necesario, para visita prequirúrgica y visita de seguimiento; hotel para un acompañante limitado a ocupación de una habitación doble y \$100/día durante la estancia de la cirugía inicial del asegurado de 4 días; otros gastos razonables limitados a \$25/día/persona para 4 días/viaje</i> )	20%	
<b>Programas de educación sobre la diabetes</b> ( <i>requiere supervisión médica</i> )		
➤ Educación para los asegurados y sus familiares en relación con el proceso de la enfermedad, el control diario de la terapia contra la diabetes y el entrenamiento de autoadministración	20%	40%
<b>Dispositivos prostéticos</b>		
➤ Cobertura para prótesis mamarias; aparatos prostéticos para restaurar un método de habla; implantes quirúrgicos; extremidades ortopédicas o prótesis oculares; el primer par de lentes de contacto o de anteojos que sea necesario debido a una cirugía ocular; pelucas por alopecia debido a quimioterapia o radioterapia; y calzado y plantillas terapéuticas para los asegurados en caso de diabetes	20%	40%
<b>Equipo médico duradero</b>		
➤ Alquiler o compra de equipo médico duradero (DME), incluidos dispositivos para la audición, equipos y suministros de diálisis ( <i>existe un beneficio de dispositivos para la audición disponible para un dispositivo para la audición por oído cada tres años; se cubren sin cargo un extractor de leche y suministros bajo la atención preventiva</i> )	20% <sup>1</sup>	40% <sup>1</sup>
<b>Suministros y servicios médicos relacionados para pacientes ambulatorios</b>		
➤ Transporte por ambulancia terrestre o aérea, servicios y materiales desechables	20% <sup>1</sup>	
➤ Transfusiones sanguíneas, procesamiento de la sangre y costo de sangre y hemoderivados que no hayan sido reemplazados	20% <sup>1</sup>	
➤ Sangre autóloga ( <i>recolección, pruebas, procesamiento y almacenamiento de sangre autodonada para cirugía planificada</i> )	20% <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Es posible que estos proveedores no estén adheridos a la red de PPO en el estado donde el asegurado recibe los servicios. Si un proveedor no se encuentra disponible en el área de servicios, el copago del asegurado es del 20%. Si el proveedor sí se encuentra disponible en el área de servicios y el asegurado recibe los servicios de un proveedor de una PPO, el copago del asegurado es del 20%. Sin embargo, si el asegurado elige recibir los servicios de un proveedor que no es de una PPO y dicho proveedor está disponible en el área de servicios, el copago que debe pagar el asegurado es del 40%. Todos los copagos se pagan aparte de los deducibles correspondientes.

Servicios cubiertos	Cobertura médica tradicional	
	Copago por persona asegurada	
	Dentro de la red	Fuera de la red <i>(el asegurado también debe pagar los cargos que superen el gasto cubierto).</i>
<b>Atención de emergencia</b>		
➤ Servicios y suministros de la sala de emergencias	20%	20%
➤ Servicios y suministros hospitalarios para pacientes internados	20%	20%
➤ Servicios del médico	20%	20%
<b>Trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias</b>		
➤ Atención en un centro para pacientes internados <i>(sujeto a revisión de utilización; se cancela para admisiones de emergencia)</i>	20%	40%
➤ Visitas médicas a pacientes internados	20%	40%
➤ Atención en un centro para pacientes ambulatorios	20%	40%
➤ Visitas al consultorio médico <i>(el tratamiento de la salud del comportamiento para el autismo o los trastornos pervasivos del desarrollo requieren una revisión previa al servicio)</i>	20% <i>(para visitas de atención no preventiva después de alcanzar el deducible de atención médica)</i>	40% <i>(después de alcanzar el deducible de atención médica)</i>

Servicios cubiertos (para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios)	Cobertura médica tradicional Copago por asegurado para cada receta o reabastecimiento	
<b>Beneficios para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</b>		
➤ Inmunizaciones preventivas administradas por una farmacia minorista	Sin copago (se cancela el deducible)	40%
➤ Anticonceptivos orales para mujeres genéricos, de una única marca y de varias marcas	Sin copago (se cancela el deducible)	40%
➤ Cantidad máxima aprobada para medicamentos recetados de farmacias minoristas	20% (máximo de \$250 para un suministro de 30 días)	40% <sup>1</sup>
➤ Cantidad máxima aprobada para medicamentos recetados con entrega a domicilio	20% (máximo de \$250 para un suministro de 30 días)	No corresponde
➤ Medicamentos especializados (obtenidos a través del programa de medicamentos especializados)	20% (máximo de \$250 para un suministro de 30 días)	No corresponde
<b>Límites de suministro<sup>2</sup></b>		
➤ Farmacia minorista (participantes y no participantes)	30 días de suministro; 60 días de suministro de medicamentos para el trastorno de déficit de atención clasificados federalmente en la Lista II que requieren un formulario por triplicado, pero exigen un copago doble; 6 comprimidos o unidades/periodo de 30 días para medicamentos para disfunciones sexuales o impotencia (disponible únicamente en farmacias minoristas); suministro de 90 días para recetas elegibles obtenidas de una farmacia minorista, pero requerirán un copago triple	
➤ Entrega a domicilio	90 días de suministro	
➤ Medicamentos especializados	30 días de suministro	

<sup>1</sup> El asegurado aún debe pagar los costos que superen la cantidad máxima aprobada de medicamentos recetados.

<sup>2</sup> Los límites en cuanto a los suministros de algunos medicamentos pueden variar. Consulte el Certificado para obtener toda la información relevante.

#### El beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubre lo siguiente:

- Todas las inmunizaciones elegibles administradas por una farmacia minorista participante.
- Fármacos y medicamentos recetados (exigido por ley) para pacientes ambulatorios. Fórmulas recetadas por un médico para el tratamiento de la fenilcetonuria.
- Insulina.
- Jeringas, cuando se dispensan para utilizarse con insulina y otros medicamentos o fármacos autoinyectables.
- Todos los anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para mujeres, incluidos los anticonceptivos orales; los diafragmas anticonceptivos y los anticonceptivos de venta libre recetados por un médico.
- Medicamentos inyectables que sean autoadministrados por vía subcutánea (debajo de la piel).
- Medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) haya calificado como autoadministrables.
- Todos los medicamentos recetados compuestos que contengan por lo menos un ingrediente de la receta cubierto.
- Suministros para diabéticos (por ejemplo, tiras reactivas y lancetas).
- Los medicamentos recetados para tratar la impotencia o disfunciones sexuales están limitados a causas orgánicas (no psicológicas).
- Espaciadores de inhalación y medidores de flujo máximo para el tratamiento del asma pediátrica.
- Productos para dejar de fumar que requieran la receta de un médico.
- Ciertos medicamentos de venta libre aprobados por el Comité de Terapéutica y Farmacia para que se incluyan en el formulario de medicamentos recetados.

Además de los beneficios descritos, la cobertura puede incluir beneficios adicionales, en función del estado donde resida el asegurado. Los beneficios que se brindan en este resumen están sujetos a las leyes federales y del estado de California. Algunos estados exigen que los beneficios brindados a sus residentes sean más generosos aunque la póliza maestra no se haya emitido en dichos estados. Si el estado de residencia del asegurado contempla estas exigencias, haremos los cambios necesarios en nuestros beneficios para cumplir con tales requisitos.

Este Resumen de Beneficios es una breve revisión de los beneficios. Una vez inscritos, los asegurados recibirán un Certificado de Seguro, que explica detalladamente las exclusiones y limitaciones, así como toda la variedad de servicios cubiertos por el plan.

Para obtener información adicional sobre las limitaciones y exclusiones y otros elementos de divulgación que se apliquen a este plan, visite [https://le.anthem.com/pdf?x=CA\\_LG\\_CDHP](https://le.anthem.com/pdf?x=CA_LG_CDHP)