



**Nuestros
planes se
adecuan
a sus
planes.**

SelectHMO
HMO Saver
Individual HMO

¿Qué hace que los planes de Anthem Blue Cross sean una opción inteligente?

- 1. Una opción de planes para adecuarse a su presupuesto.** Sin importar dónde esté en la vida, nosotros tenemos un plan que se adecuará a sus necesidades de atención médica, así como también a su presupuesto.
- 2. Amplia red en California.** Nuestra red de HMO cuenta con más de 30,000 médicos HMO y 375 hospitales en todo el estado. Por eso, es posible que *su* médico sea uno de los *nuestros*. Como opción de precio más bajo, también ofrecemos una red exclusiva con más de 17,000 médicos SelectHMO y más de 350 hospitales en 22 condados.
- 3. Cobertura que viaja con usted.** Sin importar a dónde lo lleve la vida, ya sea en el estado o por el país, Anthem Blue Cross lo cubre en caso de emergencias y atención de urgencia.
- 4. Seguro dental y de vida.** Para mejorar su salud y futuro financiero, también ofrecemos cobertura dental y de vida a término.
- 5. Tranquilidad.** Puede relajarse sabiendo que hemos estado brindando cobertura de atención médica y seguridad a los californianos durante más de 70 años. Estamos comprometidos a simplificar su vida y mejorar su salud.

- SelectHMO
- HMO Saver
- Individual HMO

¿Qué es un plan HMO?

Con un plan de atención médica de la HMO (Organización de mantenimiento de la salud), usted elegirá a un Médico de atención primaria (PCP) de nuestra red HMO. Su PCP probablemente será el médico que usted consulte más, para consultas y atención de rutina. Su PCP también coordinará cualquier otro servicio de atención médica que usted pueda necesitar. Y si tiene que consultar a un especialista, su PCP tendrá que hacer una referencia.

Los planes HMO también son simples de usar. Características de copagos fijos para consultas de médico ayudan a que sus costos adicionales sean más previsibles. Y los beneficios de maternidad hacen que estos planes sean ideales para las familias en crecimiento.

¿Su médico está en nuestra red?

Ingrese a anthem.com/ca > “Find a Doctor.”
(Encuentre un médico)

Lo más destacado del plan

| SelectHMO | HMO Saver | Individual HMO |
|--|---|---|
| <p>Nuestro HMO con más bajo precio con una exclusiva red HMO.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cobertura completa con primas mensuales más bajas · Beneficios inmediatos, sin deducible · Beneficios de maternidad <p>Lo que debería saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> · La red HMO exclusiva incluye casi 17,000 médicos en 22 condados de California · Si la red SelectHMO no incluye a su médico o no está disponible en su área, consulte con su agente acerca de nuestros otros planes que poseen redes más grandes | <p>Un HMO con un precio medio que incluye acceso a nuestra red HMO completa.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cobertura completa · Beneficios inmediatos (se renuncia al deducible) para las consultas al consultorio del médico y atención preventiva · \$1,500 de deducible médico para servicios de hospital y de emergencia que ayuda a mantener las primas más bajas · Beneficios de maternidad <p>Lo que debería saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Incluye acceso a nuestra red HMO completa de más de 30,000 médicos | <p>Nuestro HMO más completo sin deducible médico y acceso a nuestra red HMO completa.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cobertura completa · Beneficios inmediatos, sin deducible · Beneficios de maternidad <p>Lo que debería saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Incluye acceso a nuestra red HMO completa de más de 30,000 médicos |

Cobertura de medicamentos recetados incluida

El costo de medicamentos recetados puede ser asombroso y es una de las causas principales del aumento de los costos de atención médica. Para ayudar a controlar su participación en los costos, todos nuestros planes HMO incluyen cobertura de medicamentos recetados tanto para los medicamentos genéricos como para los de marca.

Incluso cuando usted elige un plan que cubre tanto los medicamentos genéricos como los de marca, aún es una buena idea considerar el uso de medicamentos genéricos para un mejor valor. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca, pero generalmente cuestan menos.

| Beneficios del plan | | SelectHMO | HMO Saver | Individual HMO |
|---|------------|--|--|--|
| | | Red In-Select ¹ | Dentro de la red | Dentro de la red |
| Deducible anual | | \$0 | \$1,500 por miembro Servicios a pacientes hospitalizados/ Servicios de hospital a pacientes externos y Centros quirúrgicos externos | \$0 |
| Límite anual de gastos adicionales <i>(además del deducible, si hubiere)</i> | Individual | \$3,000 por miembro | \$1,500 por miembro | \$3,000 por miembro |
| | Familiar | Cada miembro de la familia cuenta con un límite de gastos adicional individual. Una vez que 2 miembros alcanzan ambos el límite, el límite será cumplido por toda la familia. | Cada miembro de la familia cuenta con un límite de gastos adicional individual. Una vez que 2 miembros alcanzan ambos el límite, el límite será cumplido por toda la familia. | Cada miembro de la familia cuenta con un límite de gastos adicional individual. Una vez que 2 miembros alcanzan ambos el límite, el límite será cumplido por toda la familia. |
| Máximo de por vida <i>(el plan pagará hasta esta suma)</i> | | ilimitado | ilimitado | ilimitado |
| Servicios cubiertos Los montos que se muestran son su participación en los costos <i>después de todo deducible</i> | | Red In-Select ¹ | Dentro de la red | Dentro de la red |
| Consultas en el consultorio del médico | | Copago de \$25 | Copago de \$10 | Copago de \$10 |
| Servicios profesionales <i>(radiografías, laboratorio, anestesia, cirugía, etc.)</i> | | Sin costo para los servicios relacionados con las consultas en los consultorios | Sin costo para los servicios relacionados con las consultas en los consultorios | Sin costo para los servicios relacionados con las consultas en los consultorios |
| Paciente hospitalizado <i>(estadas nocturnas en hospital)</i> | | \$250 de copago por día hasta los primeros cuatro días, luego 0% del pago negociado por admisión | 20% del pago negociado <i>(después del deducible)</i> | 20% del pago negociado |

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|---|
| Paciente externo <i>(si no pasa la noche en hospital)</i> | | 20% del pago negociado por los servicios; \$250 por cirugía | 20% del pago negociado <i>(después del deducible)</i> | 20% del pago negociado |
| Servicios en la sala de emergencia <i>(el copago de \$100 se aplica a cada consulta; se renuncia si se lo admite como paciente hospitalizado)</i> | | 20% del pago negociado | 20% del pago negociado <i>(después del deducible)</i> | 20% del pago negociado |
| Maternidad | | Consultas: Copago de \$25 Servicios a pacientes hospitalizados: \$250 de copago por día hasta los primeros cuatro días, luego 0% del pago negociado por admisión Servicios de hospital a pacientes externos: 20% del pago negociado | Consultas: Copago de \$10 Paciente hospitalizado/Paciente externo: 20% del pago negociado <i>(después del deducible)</i> | Consultas: Copago de \$10 Paciente hospitalizado: Sin gasto Paciente externo: 20% del pago negociado |
| Atención preventiva | | Copago de \$25 por servicios de mantenimiento de salud específicos | Copago de \$10 por servicios de mantenimiento de salud específicos | Copago de \$10 por servicios de mantenimiento de salud específicos |
| Ambulancia | | Copago de \$50 <i>(se renuncia si se lo admite al hospital)</i> | Copago de \$50 <i>(se renuncia si se lo admite al hospital)</i> | Copago de \$50 <i>(se renuncia si se lo admite al hospital)</i> |
| Servicios quiroprácticos <i>(hasta 60 días consecutivos después de una enfermedad o lesión, siempre que sea sólo con derivación del médico)</i> | Paciente hospitalizado | \$0 | \$0 | \$0 |
| | Paciente externo | Copago de \$25 por visita | Copago de \$10 por visita | Copago de \$10 por visita |
| Beneficios de medicamentos recetados | | Genérico: Copago de \$10 Medicamento de marca: Copago de \$30 después del deducible de medicamentos recetados de marca ² de \$250 <i>(2 miembros máximo)</i> | Genérico: Copago de \$10 Medicamento de marca: Copago de \$30 después del deducible de medicamentos recetados de marca ² de \$250 <i>(2 miembros máximo)</i> | Genérico: Copago de \$10 Medicamento de marca: Copago de \$30 después del deducible de medicamentos recetados de marca ² de \$250 <i>(2 miembros máximo)</i> |

1 El SelectHMO usa una red de médicos y hospitales más pequeña que el HMO Saver y el Individual HMO.

2 Los deducibles de medicamentos de marca no se aplican al límite de gastos adicionales.

Nota: Para recibir los beneficios HMO, usted debe elegir un proveedor dentro del radio de 30 millas de su hogar o trabajo. Los planes HMO no cubren los servicios de proveedores no participantes excepto por servicios de emergencia y medicamentos recetados.

**Dese todas las ventajas...
buena salud, una sonrisa
brillante y seguridad
financiera.**



¿Por qué cobertura dental?

La atención dental puede tener un papel importante en su salud total. Los controles y limpiezas regulares pueden ayudar a detectar signos tempranos de problemas de salud bucal, reducir el riesgo de daño permanente a sus dientes y encías y prevenir los costosos tratamientos en el futuro.

Características de los planes Dental Blue® PPO:

- Una de las redes Dental PPO más grandes en el estado (más de 21,000 ubicaciones dentales)
- Sin deducibles para limpiezas, exámenes y radiografías
- Ahorros en servicios populares como fundas, implantes dentales y frenos
- Descuentos negociados en servicios durante los períodos de espera y después de que alcance el máximo anual

Los planes Dental Blue PPO le brindan flexibilidad para consultar a cualquier dentista, aunque sus costos generalmente sean menores cuando consulta a un dentista en la red.

Característica de los planes Dental SelectHMO:

- Una red de más de 4,800 dentistas de los que puede elegir
- Sin deducibles y un copago bajo de \$5 para exámenes, limpiezas y radiografías
- Cobertura para servicios de ortodoncia
- Sin máximos anuales y sin períodos de espera para la mayoría de servicios

La red Dental SelectHMO no está disponible en todos los condados, por eso, pregunte a su agente para más detalles.

¿Por qué un seguro de vida a término?

Perder a un ser amado es bastante difícil sin tener que preocuparse de las obligaciones financieras. A menudo, las familias no están preparadas para esta pérdida repentina, y el seguro de vida a término puede brindarles apoyo financiero y tranquilidad en un momento difícil.

Aquí hay un par de razones por las que usted querrá comprar un seguro de vida a término de Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company:

- No es caro; sólo unos centavos por día
- Es fácil; no se requiere completar formularios adicionales

Tarifas mensuales de seguro de vida a término

| Edad | Beneficio de \$15,000 | Beneficio de \$30,000 | Beneficio de \$50,000 | Beneficio de \$75,000 | Beneficio de \$100,000 |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 1-18 | \$1.50 | \$3.00 | N/A | N/A | N/A |
| 19-29 | \$2.80 | \$5.60 | \$9.30 | \$11.25 | \$13.00 |
| 30-39 | \$3.25 | \$6.50 | \$10.80 | \$13.50 | \$16.00 |
| 40-49 | \$7.50 | \$15.00 | \$25.00 | \$33.75 | \$42.00 |
| 50-59 | \$20.90 | \$41.80 | \$69.60 | \$97.50 | \$125.00 |
| 60-64 | \$29.40 | \$58.80 | \$98.00 | \$142.50 | \$185.00 |

Para más información acerca de nuestros planes dentales o seguro de vida, pregunte hoy mismo a su agente de Anthem Blue Cross!

Lo que no cubren los planes HMO

Las siguientes Exclusiones y Limitaciones le ayudarán a comprender antes de inscribirse qué no cubre su plan de atención médica. Estas enumeraciones son sólo un resumen. Para una lista completa de las exclusiones y limitaciones de los planes, puede solicitar una copia de un manual de Política/Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación combinados (EOC). Sólo pregunte a su agente o contacte a Anthem Blue Cross.

Exclusiones y Limitaciones

- Atención no autorizada por su Grupo médico principal o Asociación de práctica independiente.
- Montos que excedan los gastos habituales y razonables para la atención suministrada por un proveedor no participante sin una derivación de su PMG o IPA.
- Condiciones cubiertas por la ley de indemnización por accidentes de trabajo o ley similar.
- Servicios experimentales o de investigación.
- Servicios brindados por un gobierno local, estatal, federal o extranjero, a menos que usted tenga que pagar por ellos.
- Servicios o suministros que no figuran específicamente como cubiertos conforme al acuerdo del plan.
- Servicios recibidos antes de su fecha de vigencia.
- Servicios recibidos después de que finaliza su cobertura.
- Servicios que no tendría que pagar sin seguro.
- Servicios de parientes.
- Todo servicio recibido por los beneficios Medicare sin pago de prima adicional.
- Servicios o suministros que no son Médicamente necesarios.
- Exámenes médicos de rutina, excepto por los servicios de atención médica preventiva (por ejemplo, los exámenes físicos por seguro, empleo, licencias o escuela no están cubiertos) según se estableció específicamente en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Todo monto en exceso de los montos máximos enumerados en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Cambios de sexo.
- Cirugía cosmética.
- Servicios principalmente por reducción de peso, excepto que sea un tratamiento Médicamente necesario de obesidad mórbida.
- Atención dental, implantes dentales o tratamiento de los dientes, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Audífonos.
- Anticonceptivos y/o determinados dispositivos de anticoncepción, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Servicios de infertilidad.
- Enfermería especializada privada.
- Anteojos o lentes de contacto, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Atención de visión incluyendo determinadas cirugías de ojo para reemplazar el uso de anteojos, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Desórdenes mentales y nerviosos y abuso de sustancias, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Determinados zapatos ortopédicos o plantillas, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Servicios o suministros relacionados con una condición preexistente.
- Programas de tratamiento externo.
- Consultas por teléfono o fax.
- Servicios educativos excepto que sea específicamente provisto o acordado por Anthem Blue Cross.
- Asesoramiento nutricional.
- Suplementos alimenticios o dietarios, excepto fórmulas y productos alimenticios especiales para evitar las complicaciones de fenilcetonuria (PKU).
- Atención o tratamiento suministrado en un hospital no contratado, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Artículos de comodidad personal.
- Cuidado en custodia.
- Determinadas pruebas genéticas.
- Terapia de habla de pacientes externos, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Todo monto en exceso de los máximos establecidos en la Evidencia de cobertura y Formulario/Certificado de divulgación.
- Servicios o suministros brindados a cualquier persona que no estén cubiertos conforme al Acuerdo en relación con un embarazo subrogado.
- Drogas, medicamentos u otras sustancias suministradas o administradas en cualquier entorno de paciente externo.
- Tratamiento de la hormona del crecimiento.
- Acupuntura/Digito puntura.
- Servicios quiroprácticos.
- Vacunas para viajes al extranjero.
- Tratamiento del alcoholismo crónico u otro abuso de sustancias excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación.
- Atención mental de paciente hospitalizado, incluyendo alcoholismo agudo y beneficios por adicción a las drogas, excepto desintoxicación.
- Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos, excepto lo que se estableció específicamente en la Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación.
- Atención de rehabilitación establecida específicamente en la Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación.
- Cirugía reconstructiva, compra o reemplazo de extremidades artificiales o prótesis, excepto que sea específicamente establecido en la Evidencia de cobertura y Formulario de Divulgación.
- Tratamiento médico, quirúrgico y/o psicológico de una disfunción sexual, excepto cuando una disfunción sexual sea el resultado de una anomalía, defecto o enfermedad física.
- Servicios médicos, quirúrgicos, suministros o tratamiento de la articulación de la mandíbula (articulación temporomandibular), mandíbula superior (hueso maxilar) o mandíbula inferior (mandíbula), a menos que esté relacionado con un tumor o un accidente que ocurrió mientras está cubierto.
- Exámenes médicos de rutina o pruebas que no tratan directamente una enfermedad aguda, lesión o condición, a menos que sea autorizado por su Médico de Atención Primaria, excepto en ningún momento, algún examen médico o prueba requerida por el empleador o autoridad gubernamental, o a pedido de un tercero, como escuela, campamento u organización afiliada al deporte, estará cubierto a menos que sea Médicamente necesario.
- Atención o tratamiento del embarazo o de cualquier condición relacionada con el embarazo (excepto el tratamiento de complicaciones de embarazo o partos por cesárea) cuando la concepción haya ocurrido antes de la fecha de vigencia del acuerdo del plan. Sin embargo, si estaba cubierto conforme a la Cobertura Acreditable dentro de los 63 días de estar cubierto, el tiempo que pasó conforme a la Cobertura Acreditable se utilizará para cumplir, o parcialmente cumplir, el período de seis (6) meses.

Parte de atención médica incurrida

Según lo requiere la ley, estamos informándole que la parte de atención médica incurrida por Anthem Blue Cross y sus compañías afiliadas para el año 2007 fue del 80.43 por ciento. Esta proporción se calculó después de que se aplicaron los descuentos.

Períodos de espera

Hay un período de espera específico de seis meses para la cobertura de cualquier condición, enfermedad o malestar por el que se recomienda consejo médico o se recibió el mismo dentro de los seis meses anteriores a la fecha de cobertura efectiva. Si usted solicita la cobertura dentro de los 63 días de finalizar su membresía con otro plan de atención médica "acreditable", entonces usted puede usar la cobertura previa para acreditar en función del período de espera de seis meses. Anthem Blue Cross acreditará el tiempo en que usted estuvo inscripto en el plan anterior. Consulte con su agente o representante de Anthem Blue Cross si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de suscripción.

¿Listo para inscribirse? ¡Llame hoy a su Agente de Anthem Blue Cross!

Para inscribirse, usted y sus dependientes deben:

- Tener 64 $\frac{3}{4}$ años o menos;
- Ser un residente legal permanente de California;
- Ser un residente de Estados Unidos por al menos 3 meses;
- Ser el cónyuge o concubino del solicitante, de 64 $\frac{3}{4}$ años o menos;
- Ser el hijo del solicitante (de menos de 19 años), o el hijo (de menos de 19 años) del cónyuge del solicitante que se inscribe o concubino calificado;
- El hijo dependiente soltero del solicitante entre los 19 y los 22 años ("dependiente" según lo define el Servicio de Impuestos Internos);
- El hijo del solicitante (de cualquier edad) que no sea capaz de tener un empleo para auto-sustentarse por razón de una lesión, enfermedad o condición de discapacidad física o mental y sea dependiente principal del solicitante para el apoyo y mantenimiento.

Requisito de suscripción médica

Creemos que el costo de nuestros planes debería ser coherente con sus necesidades de atención médica esperadas y factores de riesgo. Es por eso que Anthem Blue Cross ofrece varios niveles de cobertura. Para determinar los factores de riesgo médicos individuales, todas las solicitudes están sujetas a la suscripción médica. Dependiendo de los resultados de la revisión de suscripción, pueden suceder muchas cosas:

- Puede recibir una oferta de cobertura al costo de prima estándar, o
- Puede recibir una oferta del plan que eligió a una tarifa mayor, o
- Puede no calificar para el plan que figura en este manual, o
- Puede recibir una oferta de un plan alternativo.

Si tiene una condición médica importante y no califica para el plan que ha elegido de este folleto o si tiene una cobertura de grupo discontinua, por favor, contacte a su representante de Anthem Blue Cross para información relacionada con otras opciones de cobertura Individual.

Período de revisión sin obligación

Después de suscribirse a un plan ofrecido por Anthem Blue Cross, usted recibirá un manual Política/EOC que explica los términos y condiciones de cobertura, incluyendo las exclusiones y limitaciones del plan. Tendrá 10 días para examinar las características de su plan. Durante ese tiempo, si no está completamente satisfecho, puede renunciar devolviendo su manual Política/EOC junto con una carta que nos notifique que quiere discontinuar su cobertura. Los manuales Política/EOC están disponibles para que los examine antes de inscribirse. Pregunte a su Agente o a Anthem Blue Cross.