



2023

Resumen de beneficios



Atención preventiva gratuita

Servicios preventivos para todos:

- Vacunas correspondientes para la edad
- Examen de presión arterial
- Examen de colesterol y nivel de lípidos
- Examen de depresión
- Examen de diabetes tipo 2
- Estatura, peso, IMC
- Examen de detección y asesoramiento sobre ETS
- Exámenes y asesoramiento sobre tabaquismo

Servicios preventivos específicos para niños

- Asesoramiento sobre conducta y desarrollo
- Examen de audición

Servicios preventivos específicos para mujeres

- Visitas de control para mujeres
- Exámenes de detección de cáncer de mama
- Exámenes de embarazo
- Examen pélvico y prueba de Papanicolaou

Servicios preventivos específicos para hombres

- Exámenes de detección de cáncer de próstata

Para obtener una lista detallada de todos los servicios considerados de atención preventiva,

Sus beneficios médicos de SMP

Opción 1: Organización de proveedores preferidos (PPO)

Un plan de Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) le brinda la flexibilidad de consultar a cualquier médico u hospital que desee. Un plan PPO también le otorga la libertad de recibir atención fuera de la red cuando quiera. **Sin embargo, pagará más por su atención si consulta a un proveedor fuera de la red.** Un plan PPO tiene contribuciones más altas del empleado con un deducible y un coseguro más bajos.

Si elige el plan PPO, tiene la opción de inscribirse en la cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) para atención médica, pero no en la cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA).

Opción 2: Plan de salud con cuenta de ahorros para la salud (HSA)

El plan de salud con HSA tiene contribuciones más bajas del empleado con un deducible y un coseguro más altos. A excepción de la atención preventiva, un miembro cubierto debe alcanzar el deducible anual antes de que el plan comience a pagar los beneficios.

Si elige el plan de salud con HSA, tiene la opción de establecer una HSA, siempre que cumpla con las pautas de elegibilidad del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Si contribuye a una HSA, no puede contribuir a una FSA para atención médica.

Acerca de los proveedores fuera de la red

Ambas opciones de planes médicos tienen beneficios fuera de la red, lo que significa que puede consultar a cualquier

comuníquese con el Servicio al Cliente de Anthem al [1-866-802-0510](tel:1-866-802-0510).

proveedor que desee. **Tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red pueden cobrar más que el monto cubierto por Anthem BCBS.** Ni Anthem BCBS ni SMP son responsables del monto facturado por un proveedor fuera de la red que supere el importe permitido para un servicio. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red en su área, comuníquese con Anthem BCBS.

[Consulte la página siguiente para ver una comparación de los beneficios entre ambos planes.](#)



Comparación de planes médicos

Anthem Blue Cross Blue Shield	Plan PPO		Plan de salud con cuenta de ahorros para la salud	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario				
• Individual	\$1,300	\$2,400	\$2,200	\$3,950
• Familiar	\$2,400	\$4,600	\$4,200*	\$7,700*
Desembolso máximo por año calendario				
• Individual	\$2,400	\$5,700	\$3,950	\$7,450
• Familiar	\$4,600	\$11,200	\$7,700	\$14,700
Coseguro (lo que el miembro paga)	10%	30%	10%	30%
Atención preventiva Visitas de control para niños (hasta los 19 años), exámenes físicos de rutina (mayores de 19 años), visitas al consultorio, examen de detección de cáncer, exámenes de audición y visión de rutina, vacunas	100%	Con cobertura solo dentro de la red	100 %	Con cobertura solo dentro de la red
Visitas al consultorio				
• Médico de atención primaria	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
• Especialista	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Análisis de laboratorio y radiografías	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Visita al consultorio de salud mental (visitas ilimitadas por año del plan)	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Atención de emergencia	Copago de \$250	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Internación como paciente hospitalizado	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Visita al hospital como paciente ambulatorio	10% después del deducible	30% después del deducible	10% después del deducible	30% después del deducible
Cobertura de medicamentos recetados				
Farmacia minorista (suministro de 30 días):			Todos los medicamentos recetados no preventivos están sujetos a un deducible y un coseguro. Hay varios medicamentos preventivos disponibles de forma gratuita en las siguientes categorías: anticoncepción, diabetes, salud cardíaca, hipertensión, colesterol alto, dejar de fumar. Puede encontrar una lista completa de los medicamentos cubiertos en la biblioteca de documentos, en SMPbenefits.com .	
• Nivel I	Copago de \$5	Copago de \$10		
• Nivel II	Copago de \$30	Copago de \$35		
• Nivel III	Copago de \$60	Copago de \$90		
• Nivel IV	Copago de \$75	Copago de \$120		
Pedidos por correo (suministro de 90 días):				
• Nivel I	Copago de \$7.50	N/C		
• Nivel II	Copago de \$45	N/C		
• Nivel III	Copago de \$90	N/C		
• Nivel IV	Copago de \$112.50	N/C		

- Recargo de farmacia por niveles: Se aplica un recargo de \$10 por medicamento recetado por usar una farmacia de Nivel 2.
- Pedidos por correo: Los miembros deben surtir los medicamentos de mantenimiento a través del programa de correo CarelRx. También pueden retirar en una farmacia CVS solo suministros de 90 días de los medicamentos de mantenimiento.



* **Deducible combinado:** Si tiene cobertura de empleado + 1 persona o cobertura familiar, todas las reclamaciones colectivas de los miembros en virtud del plan deben alcanzar el deducible total de \$4,200 antes de que el plan comience con el coseguro del 10%. Una vez que la responsabilidad total del miembro supera los \$4,200, comienza el coseguro para toda la familia (o el empleado + 1 persona).

El término “fuera de la red” significa que el médico o el centro que brinda atención no tiene un contrato con Anthem. Si recibe servicios fuera de la red, el deducible, el coseguro y el desembolso máximo se aplicarán a la tarifa dentro de la red. Usted será responsable de cualquier monto facturado que supere la tarifa dentro de la red; por lo tanto, es probable que su desembolso máximo supere los montos indicados.

Comparación de planes médicos



Comparación de las características clave del plan médico

Elegir el plan médico adecuado para usted y su familia puede parecer abrumador al principio. El presupuesto y las necesidades médicas de cada persona son diferentes. Todo depende de lo que más le importa.

En el siguiente cuadro, se destacan algunas de las características clave de nuestros planes.

Características clave	Plan médico PPO	Plan de salud con HSA
Cuenta de ahorros para la salud (parcialmente financiada por SMP)	No	Sí
Costo por cheque de pago	\$\$\$	\$\$
Deducible	\$	\$\$
Beneficios dentro de la red	Sí	Sí
Beneficios fuera de la red	Sí	Sí
Copagos por visita al consultorio	No	No
Cobertura de medicamentos recetados	Sí, sujeta a copagos	Sí, sujeta al deducible médico antes de que el plan pague
Beneficios de atención preventiva (solo dentro de la red)	Gratis	Gratis

Beneficios de medicamentos recetados

Cuando se inscribe en un plan médico de Anthem BCBS, tiene cobertura de medicamentos recetados automáticamente a través de CarelonRx. En virtud de ambos planes de Anthem, contamos con programas que garantizan la eficiencia y la gestión de costos.

- **Programa exclusivo de medicamentos de especialidad:** Los miembros deben surtir sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia especializada de CarelonRx.
- **Autorización previa:** Los proveedores deberán obtener la aprobación de Anthem al recetar ciertos medicamentos para garantizar que se usen adecuadamente según las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
- **Terapia escalonada:** Si su médico le receta un medicamento específico, es posible que deba probar uno o más medicamentos diferentes antes de que

Anthem cubra el que su médico le indicó.

- **Recargo de farmacia por niveles:** Los miembros pueden surtir medicamentos recetados en farmacias de Nivel 1 y Nivel 2. Si acude a una farmacia de Nivel 2, pagará un recargo (PPO: \$10/HDHP: 10%). Inicie sesión en anthem.com para encontrar una farmacia de Nivel 1 cercana.
- **Límites de cantidad:** Los miembros no pueden surtir más que la cantidad máxima cubierta de medicamentos (cantidad de píldoras) en un determinado período.



- **Medicamento genérico preferido:** Los miembros deben comprar el equivalente genérico de un medicamento de marca, a menos que el médico haya recibido autorización previa para que se surta el medicamento de marca. Si elige un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible y el médico no recibe la debida autorización previa, usted será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el costo del medicamento genérico.
- **Programa de pedidos por correo:** SMP requiere que surta medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo con entrega a domicilio CarelonRx, que les permite ahorrar dinero a usted y a la compañía. Recibirá un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento en su hogar en lugar de ir a la farmacia cada 30 días. Con los pedidos por correo, puede ahorrar aproximadamente un 33% en el costo de los medicamentos.
- **Suministro de 90 días en CVS:** Los miembros pueden surtir un suministro de 90 días de un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista CVS por el mismo copago o costo que el programa de pedidos por correo.



Contribuciones mensuales del empleado al plan médico

A continuación, se indican las contribuciones mensuales antes de impuestos de los empleados a la cobertura médica. Las contribuciones se basan en niveles salariales. Para determinar su nivel salarial, consulte la tabla a continuación. Luego, busque su nivel en las tablas de tarifas tanto del plan de salud con HSA como del plan médico PPO.

Nivel	Rango mínimo	Rango máximo	Nivel	Rango mínimo	Rango máximo
1	—	\$30,000	9	\$90,001	\$100,000
2	\$30,001	\$35,000	10	\$100,001	\$110,000
3	\$35,001	\$40,000	11	\$110,001	\$120,000
4	\$40,001	\$50,000	12	\$120,001	\$130,000
5	\$50,001	\$60,000	13	\$130,001	\$140,000
6	\$60,001	\$70,000	14	\$140,001	\$150,000
7	\$70,001	\$80,000	15	\$150,000	\$1,000,000
8	\$80,001	\$90,000			

Nivel	Plan médico PPO			Plan de salud con HSA		
	Solo empleado	Empleado + 1 persona	Familiar	Solo empleado	Empleado + 1 persona	Familiar
1	\$116	\$256	\$325	\$70	\$186	\$232
2	\$145	\$300	\$383	\$99	\$230	\$290
3	\$150	\$307	\$393	\$104	\$237	\$300
4	\$160	\$321	\$412	\$114	\$251	\$319
5	\$169	\$336	\$431	\$123	\$266	\$338
6	\$179	\$350	\$451	\$133	\$280	\$358
7	\$189	\$365	\$470	\$143	\$295	\$377
8	\$198	\$379	\$489	\$152	\$309	\$396
9	\$208	\$394	\$509	\$162	\$324	\$416
10	\$218	\$408	\$528	\$172	\$338	\$435
11	\$227	\$423	\$547	\$181	\$353	\$454
12	\$237	\$437	\$567	\$191	\$367	\$474
13	\$247	\$452	\$586	\$201	\$382	\$493
14	\$256	\$466	\$605	\$210	\$396	\$512
15	\$261	\$473	\$615	\$215	\$404	\$522

Recargo por el programa de bienestar ▼

Si lo contrataron antes del 15 de julio o tenía un cónyuge cubierto en virtud de nuestro plan médico, pero no completó el programa de bienestar, agregue \$50 por mes a su contribución mensual al plan médico.

