



L.A. Care Covered Direct™
Cambios en los beneficios para 2017

CAMBIOS VIGENTES A PARTIR DEL 1.º DE ENERO DE 2017

L.A. Care Health Plan actualizó los costos compartidos del miembro para los planes que ofrece L.A. Care Covered Direct™.

Como miembro de L.A. Care Covered Direct™, usted es responsable de pagar una cantidad fija o un porcentaje de los cargos por los servicios cubiertos. A esto se le denomina “costo compartido del miembro”. Es posible que su costo compartido haya cambiado debido a cambios en los costos generales asociados con la administración y prestación de los beneficios de salud esenciales. Esto incluye cambios en sus copagos, coseguro y deducible, que en conjunto se conocen como gastos “de bolsillo”.

La siguiente tabla es una comparación entre los costos compartidos del miembro de 2016 y 2017 para los planes que ofrece L.A. Care Covered Direct™. Este es solo un resumen de los cambios del plan durante el año de beneficios 2017. Debe revisar su Evidencia de cobertura (también llamada “Manual para Miembros”) para consultar la lista completa de sus beneficios y sus costos compartidos. La Evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage*, EOC) es una guía escrita de los servicios que cubre el plan de salud y lo que usted paga por los servicios.

Puede ver y descargar una copia electrónica de la EOC de 2017 en nuestro sitio web www.lacare.org. También puede solicitar una copia impresa de la EOC de 2017 llamando a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Plan L.A. Care Covered™	Beneficio	Costo compartido en 2016	Costo compartido en 2017
Platinum 90	Consulta de atención primaria; visita al consultorio de otro profesional; visitas al consultorio para tratamiento de problemas de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios; otros artículos y servicios para el tratamiento de problemas de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios; visitas al consultorio para tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; otros artículos y servicios para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios; servicios de habilitación para pacientes ambulatorios	\$20	\$15
	Atención médica de urgencia	\$40	\$15
Gold 80	Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,200/\$12,400	\$6,750/\$13,500



Gold 80	Consulta de atención primaria; visita al consultorio de otro profesional; visitas al consultorio para tratamiento de problemas de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios; otros artículos y servicios para el tratamiento de problemas de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios; visitas al consultorio para el tratamiento de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; otros artículos y servicios para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios; servicios de habilitación para pacientes ambulatorios	\$35	\$30
	Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes	\$50	\$55
	Prueba de diagnóstico por imágenes (TC, TEP y RMN)	\$250	\$275
	Nivel 2 (de marca preferidos)	\$50	\$55
	Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$70	\$75
	Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias	\$250	\$325
	Consulta de atención médica de urgencia	\$60	\$30
	Silver 70	Deducible anual	\$2,250/\$4,500
Máximo anual de gastos de bolsillo		\$6,250/\$12,500	\$6,800/\$13,600
Consulta de atención primaria; visita al consultorio de otro profesional; visita al consultorio para el tratamiento de salud mental y de conducta para pacientes ambulatorios; visita al consultorio para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios; servicios de habilitación para pacientes ambulatorios		\$45	\$35
Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes		\$65	\$70
Prueba de diagnóstico por imágenes (TC, TEP, RMN)		\$250	\$300
Nivel 2 (de marca preferidos)		\$50 después del deducible de farmacia	\$55 después del deducible de farmacia
Nivel 3 (de marca no preferidos)		\$70 después del deducible de farmacia	\$80 después del deducible de farmacia
Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias		\$250, sujeto al deducible	\$350
Tarifa del médico de la sala de emergencias		\$50 después del deducible	Sin cargo



	Consulta de atención médica de urgencia	\$90	\$35
	Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias	\$75, sujeto al deducible	\$100
	Tarifa del médico de la sala de emergencias	\$40 después del deducible	Sin cargo
	Consulta de atención médica de urgencia	\$30	\$10
Bronze 60	Deducible anual	\$6,000/\$12,000	\$6,300/\$12,600
	Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,500/\$13,000	\$6,800/\$13,600
	Consulta de atención primaria; visita al consultorio de otro profesional; visita al consultorio para el tratamiento de salud mental y de conducta para pacientes ambulatorios; visita al consultorio para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$70 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas	\$75 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios; servicios de habilitación para pacientes ambulatorios	\$70	\$75
	Consulta con un especialista	\$90 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas	\$105 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas
	Tarifa del médico de la sala de emergencias	100% después del deducible	Sin cargo
	Consulta de atención médica de urgencia	\$120 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas	\$75 después de las 1. ^{as} tres consultas no preventivas
Cobertura mínima	Deducible anual	\$6,850/\$13,700	\$7,150/\$14,300
	Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,850/\$13,700	\$7,150/\$14,300
	Tarifas del médico/cirujano para pacientes ambulatorios tarifa del médico de la sala de emergencias	0% después del deducible	Sin cargo



Discrimination is Against the Law

L.A. Care Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. L.A. Care Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

L.A. Care Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at 1-855-270-2327 (TTY 711).

If you believe that L.A. Care Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator of L.A. Care Health Plan. You have two options in which you may file a complaint:

You may call in a complaint at:

Member Services Department – 1-855-270-2327 (TTY 711)

Or you may send in a written complaint to:

Civil Rights Coordinator
 c/o Compliance Department
 L.A. Care Health Plan
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 Email: civilrightscordinator@lacare.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator via the Member Services Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Ayuda en otros idiomas

English

To request free interpreting services, information in your language or in another format, call L.A. Care at **1-855-270-2327** or TTY **711**.

Spanish

Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al **1-855-270-2327** o al **711** para TTY.

ML0206c 10/16_SP

