



New: Maximum Allowable Charges for Certain Surgical Procedures for Active Participants and Non-Medicare Retirees in California

Beginning March 1, 2012, we will implement the new Care Counseling and Outpatient Review program provided by Pacific Health Alliance (PHA). All participants and their eligible dependents will be required to call the Care Counseling service toll free at **1-855-754-7271** for authorization of services before getting non-emergency outpatient treatment for the following: all outpatient surgeries and procedures, physical therapy visits, durable medical equipment, ancillary testing (e.g. MRI, PET and CT scans), and chemotherapy or radiation. We recommend that you also contact the Care Counselors for all other non-emergency outpatient treatment. Care Counselors will advise you of the Anthem Blue Cross network providers who offer these services and their costs. While you can go to any provider you wish, we hope you will choose a lower cost, in-network option that provides high quality care.

Introducing Maximum Allowable Charges (MAC)

We are also introducing “maximum allowable charges” for the following five (5) surgical procedures: routine total hip and knee replacements, arthroscopic surgeries, cataract surgery and colonoscopies.

IMPORTANT! The MAC is the highest amount the Plan will pay for these procedures. **Any amount over that is the member’s responsibility.**

Procedure	Maximum Allowable Charge (MAC)
At an Inpatient Hospital	
Routine Hip Replacement	\$30,000
Routine Knee Replacement	\$30,000
At an Outpatient Hospital	
Arthroscopy	\$6,000
Cataract Surgery	\$2,000
Colonoscopy	\$1,500

We have identified almost 50 California hospitals for hip and knee replacements that will hold costs under \$30,000. There are hundreds of ambulatory surgical centers (ASC) that are keeping their costs for arthroscopy, cataract surgery, and colonoscopy under the thresholds, as well. We call these facilities **“Value-Based Sites.”**

What does this mean for you?

- **Best outcome!** If you have your procedure done at a Value-Based Site, you pay your deductible (\$250) and coinsurance (10%), and the Plan pays the remaining MAC balance.
- **Buyer beware!** If you have your procedure done at an in-network hospital (but not a Value-Based Site), you will pay your \$250 deductible and 10% coinsurance (up to the maximum out of pocket cost of \$2,000); the Plan pays the remaining MAC. **In addition, you are responsible for payment of 100% of charges above MAC.**
- **Worst case!** If you have your procedure done at an out-of-network hospital, you’ll pay your \$500 deductible and 40% coinsurance (up to the maximum out of pocket cost of \$3,000), the Plan pays the remaining MAC. **In addition, you are responsible for payment of 100% of charges above MAC.**

Clearly, it makes the most sense to contact Care Counseling and choose to have your procedure done at a Value Based Site. You’ll receive great care at an affordable price for you and the Plan.

A Good Word About Colonoscopies!

Preventive colonoscopies are good things, even if it doesn’t sound like it. This important procedure is covered at 100% by the Plan when you use a Value-Based Site.

You should always call a Care Counselor at 1-855-754-7271 before you have any outpatient procedure. Get the best information on quality care and save yourself and the Plan money.



Nuevo: Cargos máximos permitidos para Participantes Activos y Jubilados sin Medicare en California por ciertos procedimientos quirúrgicos

A partir del 1º de marzo de 2012, pondremos en práctica un nuevo programa de Consejos sobre la Atención para la Salud y Revisión de Servicios para Pacientes Externos, ofrecido a través de Pacific Health Alliance (PHA). Todos los participantes y sus dependientes elegibles tendrán la obligación de llamar al servicio de Consejos sobre la Atención para la Salud, al teléfono para llamadas gratis **1-855-754-7271** para obtener autorización antes de obtener tratamientos que no sean de emergencia para lo siguiente: todas las cirugías y procedimientos para pacientes externos, visitas para recibir terapia física, equipos médicos duraderos y pruebas auxiliares (p.ej., MRI, PET y escaneos CT), y quimioterapia o radiación. Recomendamos que usted se comunique también con los Consejeros de Atención para la Salud para todos sus otros tratamientos que no sean de emergencia. Ellos le darán consejos sobre los proveedores de servicios dentro de la red de Anthem Blue Cross que ofrecen los servicios que usted necesita y sus costos. Aunque usted podrá acudir a los proveedores que desee, esperamos que escogerá la opción menos costosa que le dará atención de alta calidad dentro de la red.

Presentación de los Cargos Máximos Permitidos (*Maximum Allowable Charges — MAC*)

Estamos iniciando también “cargos máximos permitidos” para los siguientes cinco (5) procedimientos quirúrgicos: reemplazos rutinarios de la cadera completa y de la rodilla completa, cirugías artroscópicas, cirugía para cataratas y colonoscopías.

Procedimiento	Cargos Máximos Permitidos (MAC)
En un hospital para pacientes internos	
Reemplazo rutinario de la cadera	\$30,000
Reemplazo rutinario de la rodilla	\$30,000
En un hospital para pacientes externos	
Artroscopía	\$6,000
Operación de cataratas	\$2,000
Colonoscopia	\$1,500

¡IMPORTANTE! El límite MAC es el monto más alto que el Plan pagará por estos procedimientos. **Cualquier monto en exceso de este límite será responsabilidad del miembro.**

Hemos identificado casi 50 hospitales de California para reemplazos de caderas y rodillas que limitarán los costos a menos de \$30,000. Existen cientos de centros quirúrgicos para cirugías ambulatorias (*Ambulatory Surgical Centers — ASC*) que

también mantienen sus costos por servicios de artroscopía, cataratas y colonoscopia por debajo de los umbrales indicados. A estas instalaciones las denominamos en inglés “*Value-Based Sites*” (*Sitios basados en valores*).

¿Qué significa esto para usted?

- **¡El mejor resultado!** Si se somete al procedimiento en un Sitio Basado en Valores, usted pagará su deducible (\$250) y su coseguro del 10%, y el Plan se encargará de pagar el resto del saldo MAC.
- **¡Advertencia!** Si se somete al procedimiento en un hospital de la red (pero no en un Sitio Basado en Valores), usted pagará su deducible de \$250 y su coseguro del 10% (hasta el gasto máximo de su bolsillo de \$2,000); el Plan pagará el resto del saldo MAC. **Además, usted será responsable de pagar el 100% de los cargos en exceso del límite MAC.**
- **¡El peor de los casos!** Si se somete al procedimiento en un hospital fuera de la red, usted pagará su deducible de \$500 y su coseguro del 40% (hasta el gasto máximo de su bolsillo de \$3,000), el Plan pagará el resto del saldo MAC. **Además, usted será responsable de pagar el 100% de los cargos en exceso del límite MAC.**

No cabe duda, lo más sensato es obtener Consejos sobre la Atención para la Salud y optar por someterse al procedimiento en un Sitio Basado en Valores. Usted recibirá atención excelente a un precio económico para usted y para el Plan.

¡Un buen consejo acerca de las colonoscopías!

Las colonoscopías preventivas son buenas, aunque no lo parezcan. Este importante procedimiento está cubierto en un 100% por el Plan cuando usted utiliza un Sitio Basado en Valores.

Usted debe siempre llamar a un/a Consejero/a de Atención para la Salud al teléfono 1-855-754-7271 antes de que le hagan cualquier procedimiento para pacientes externos. Obtenga la mejor información sobre atención médica de calidad y ahorre dinero, tanto para usted como para el Plan.