



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra de qué forma usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará de forma separada. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.shbp.georgia.gov o llame al 1-855-641-4862. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), o cualquier otro término [subrayado](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿De cuánto es el deducible general?	Para los proveedores de la red : \$1,300 usted \$1,950 usted + cónyuge o hijos \$2,600 usted + su familia. Para los proveedores fuera de la red : Sin cobertura	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de que usted alcance su deducible .	Este plan cubre algunos puntos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado el monto deducible . Sin embargo, es posible que aplique un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin reparto de costos y antes de que usted alcance su deducible . Puede encontrar una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso de este plan ?	Para los proveedores de la red : \$4,000 usted \$6,500 usted + cónyuge o hijos/\$9,000 usted + su familia; para proveedores fuera de la red : sin cobertura.	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , deben alcanzar sus propios límites de desembolso hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso general de la familia.
¿Qué es lo que no se incluye en el límite de desembolso ?	Copagos por ciertos servicios, primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no se incluyen en el límite de desembolso .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.anthem.com/shbp o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa un proveedor de la red . Usted pagará menos si usa un proveedor que esté dentro de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor de la red use un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir sus servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin necesidad de una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este gráfico son después de que haya alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago /visita al consultorio	Sin cobertura	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita a un especialista	\$45 de copago /visita	Sin cobertura	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Atención preventiva/exámenes/vacunación	Sin costo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué es lo que su plan pagará.
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (radiografías, exámenes de sangre)	20 % de coaseguro después del deducible (ambulatorio) sin costo (consultorio)	Sin cobertura	Sin cargo por laboratorio independiente para pruebas de diagnóstico.
	Imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20 % de coaseguro después del deducible (ambulatorio) sin costo (consultorio)	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos genéricos y determinados medicamentos de marca preferida (nivel 1)	\$20 de copago /receta (minoristas y pedidos por correo)	Mismo copago que en los proveedores de la red , pero con base en el monto permitido. Usted debe pagar por su cuenta y presentar una solicitud de reembolso por escrito. El plan le reembolsará según el monto permitido para una farmacia de la red .	Para los medicamentos que no sean de mantenimiento, aplica un límite de suministro para 31 días en las farmacias minoristas. Se pueden aprobar suministros de hasta 90 días para los medicamentos de mantenimiento (en minoristas o por entrega a domicilio). Para un suministro de entre 32 y 62 días, el copago mensual se duplica. Para un suministro de entre 63 y 90 días de una farmacia de la red que no sea de 90 días, el copago mensual se triplica. Para un suministro de 90 días en una farmacia minorista de 90 días o por entrega a domicilio, el copago mensual se multiplica por 2.5. El coaseguro de la farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos por cuenta propia.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$50 de copago /receta (minoristas y pedidos por correo)		
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	\$90 de copago /receta (minoristas y pedidos por correo)		
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Los mismos medicamentos de nivel 1, 2 y 3, según corresponda.		

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
				Consulte los documentos del plan para encontrar una lista de medicamentos que requieren una autorización .
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cuota de las instalaciones (p. ej., el centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	---Ninguno---
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 de copago /visita	\$150 de copago /visita	Se requiere una autorización previa con 1 día hábil de antelación, o lo antes posible, si lo ingresan en un hospital fuera de la red . Si lo ingresan, se exonera el copago .
	Transporte médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	---Ninguno---
	Atención de urgencia	\$35 de copago /visita	Sin cobertura	---Ninguno---
Si lo hospitalizan	Cuota de las instalaciones (p. ej., la habitación del hospital)	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$35 de copago /visita (atención primaria) \$45 de copago /visita (atención especializada)	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	--Ninguno--
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo después de la inicial \$35 de copago /visita (atención primaria) \$45 de copago /visita (atención especializada)	Sin cobertura	El reparto de costos no se aplica a ciertos servicios preventivos . Es posible que aplique un coaseguro según el tipo de servicios. La atención de maternidad puede incluir las pruebas y servicios que se describen en otras secciones del SBC (como ultrasonidos).
	Servicios profesionales de parto	20 % de coaseguro después del	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa .
	Servicios de instalaciones de parto	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	Se aplica a instalaciones para pacientes hospitalizados. Es posible que apliquen otras distribuciones de costos según los servicios que se presten. Es posible que se requiera una autorización previa .

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Sin costo	Sin cobertura	Una consulta equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere una autorización previa para la atención médica domiciliaria.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago /visita	Sin cobertura	Hay un máximo de beneficio de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional, del habla, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar). Para la fisioterapia, se requiere una autorización previa para los niños después de 40 visitas únicamente. Los servicios que brindan las agencias de atención médica domiciliaria NO están sujetos al límite de 40 visitas si se prestan en el hogar. Si se prestan en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica domiciliaria.
	Servicios de habilitación	\$25 de copago /visita	Sin cobertura	Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación
	Enfermería especializada	Sin costo	Sin cobertura	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. Sin límites de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	Equipo médico duradero	Sin costo	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa .
	Servicios de hospicio	Sin costo	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa . 8 visitas por duelo por año
Si su hijo necesita atención oftalmológica o dental	Examen de la vista para niños	Sin costo	Sin cobertura	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (para adultos)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Atención podológica de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)
- Audífonos

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es: El departamento de seguros de su estado, el Departamento de Seguros de Georgia al 1-800-656-2298 o en www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de seguros médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-610-1863.

Sus derechos de presentar quejas y apelaciones: hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación médica](#). Debe comunicarse con Anthem Blue Cross y a Blue Shield directamente para apelar una denegación de cobertura por reclamaciones médicas a través del 1-855-641-4862. En el caso de apelaciones relacionadas con créditos de incentivos de bienestar, comuníquese con Sharecare al 1-888-616-6411. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: los Servicios para Miembros del Plan Estatal de Beneficios de Salud al 1-800-610-1863 o acceder a información sobre apelaciones de elegibilidad en www.shbp.georgia.gov. Los documentos de su [plan](#) también ofrecen información integral sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#).

¿Este plan ofrece cobertura mínima esencial? Sí.

Por lo general, la [cobertura mínima esencial](#) incluye planes, seguros médicos disponibles en el mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito tributario de prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-641-4862.

—————*Para ver ejemplos de la forma en la que este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*—————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que aquí se muestran son ejemplos de maneras en las que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes según la atención que usted reciba, los precios fijados por sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del [reparto de costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar en distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	20 %
■ Otro coaseguro	20 %

La situación de este EJEMPLO incluye servicios

como: visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales para el parto
Instalaciones de servicios para el parto
Exámenes diagnósticos (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)
Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$7,540
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$1300
Copagos	\$45
Coaseguro	\$1248
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,593

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidados de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	20 %
■ Otro coaseguro	20 %

La situación de este EJEMPLO incluye servicios

como: visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
Examen diagnóstico (*exámenes de sangre*)
Medicamentos recetados*
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$90

*Los medicamentos con receta se pagan de conformidad con los beneficios de farmacia mediante CVS Caremark.

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y cuidados posteriores dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	20 %
■ Otro coaseguro	20 %

La situación de este EJEMPLO incluye servicios

como: atención en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
Examen diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$270

El [plan](#) sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos en este EJEMPLO.