



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 : \$2,000 usted \$3,000 usted + cónyuge o hijos \$4,000 usted + familia. Para los proveedores fuera de la red : \$4,000 usted \$6,000 usted + cónyuge o hijos \$8,000 usted + familia	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 \$5,000 usted \$7,500 usted + cónyuge o hijos \$10,000 usted + su familia. Para los proveedores fuera de la red : \$10,000 usted \$15,000 usted + cónyuge o hijos \$20,000 usted + su familia.	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 determinados 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	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

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
	o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de los proveedores de la red .	proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que el 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 cuadro son después de haber 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	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita a un especialista	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Atención preventiva/exámenes/vacunación	Sin costo	Sin cobertura	Los servicios cubiertos deben estar codificados correctamente como preventivos y ser proporcionados por un proveedor de la red . Sin cargo por servicios hospitalarios de radiólogos o anesthesiólogos proporcionados un proveedor fuera de la red en un centro de la red y codificados correctamente como atención preventiva para proveedores fuera de la red .
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (radiografías, exámenes de sangre)	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	---Ninguno---
	Imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera una autorización previa .
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)	15 % de coaseguro , con \$20 mínimo/\$50 máximo (suministro para 31 días)	Mismo coaseguro y un mínimo/máximo para la red , pero con base en el monto permitido.	Para los medicamentos que no sean de mantenimiento, aplica un límite de suministro para 31 días en las farmacias minoristas.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	25 % de coaseguro con \$50 mínimo/\$80 máximo (suministro para 31 días)	Usted debe pagar por su cuenta y presentar una solicitud de reembolso por escrito.	Se pueden aprobar suministros de hasta 90 días para los medicamentos de mantenimiento (en minoristas o por entrega a domicilio).
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	25 % de coaseguro con \$80 mínimo/\$125 máximo (suministro para 31 días)		Para un suministro de entre 32 y 62 días, el mínimo/máximo mensual se duplica

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

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)	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Igual que los medicamentos de nivel 1, 2 y 3, según corresponda.	El plan le reembolsará según el monto permitido para las farmacias de la red .	<p>para uno de 63 días o más en un minorista de 90 días dentro de la red, el coaseguro mensual se triplica.</p> <p>Para un suministro de 63 días o más a través de entregas a domicilio, o de 90 días en farmacias minoristas de la red, el mínimo/máximo mensual se multiplica por 2.5.</p> <p>El coaseguro de la farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos por cuenta propia.</p> <p>Consulte los documentos del plan para encontrar una lista de medicamentos que requieren una autorización previa o que tienen otros límites.</p>
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cuota de las instalaciones (p. ej., el centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes de cirugía. Es posible que una autorización previa sea necesaria.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coaseguro después del deducible	20 % de coaseguro después del deducible	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 .
	Transporte médico de emergencia	20 % de coaseguro después del deducible	20 % de coaseguro después del deducible	---Ninguno---
	Atención de urgencia	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	---Ninguno---
Si lo hospitalizan	Cuota de las instalaciones (p. ej., la habitación del hospital)	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Se requiere una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en una cirugía. 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 servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Si no obtiene una autorización previa , es posible que no aplique la cobertura o que se reduzcan los beneficios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Si no obtiene una autorización previa , es posible que no aplique la cobertura o que se reduzcan los beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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 deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera una autorización previa.
	Servicios de instalaciones de parto	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera una autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación mencionado anteriormente.
	Enfermería especializada	20 % de coaseguro después del deducible	Sin cobertura	La cobertura de un centro de enfermería especializada se limita a 120 días por año calendario. Es posible que se requiera una autorización previa.
	Equipo médico duradero	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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)	
	Servicios de hospicio	20 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (para adultos) • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • 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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Atención oftalmológica de rutina (para adultos) 	

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 www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o 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	\$2000
■ Especialista [<i>reparto de costos</i>]	20 %
■ Hospital (instalación) [<i>reparto de</i>	20 %
■ Otro [<i>reparto de costos</i>]	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	\$7540
--------------------------------	---------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$2000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$1108
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$3108

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	\$2000
■ Especialista [<i>reparto de costos</i>]	20 %
■ Hospital (instalación) [<i>reparto de</i>	20 %
■ Otro [<i>reparto de costos</i>]	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	\$5400
--------------------------------	---------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$2000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$680
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2680

*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	\$2000
■ Especialista [<i>reparto de costos</i>]	20 %
■ Hospital (instalación) [<i>reparto de costos</i>]	20 %
■ Otro [<i>reparto de costos</i>]	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	\$1900
--------------------------------	---------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Reparto de costos</i>	
Deducibles	\$1900
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1900