



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 sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la misma, visite www.shbp.georgia.gov o llame al 1-855-512-5997 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de 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 1-888-865-5813 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿De cuánto es el deducible ?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes, a continuación, para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso de este plan ?	Para proveedores de la red \$6,350 usted \$12,700 usted + cónyuge o hijos \$12,700 usted + 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 ?	Primas , cargos por facturación de 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.my.kp.org/shbp o llame al 1-855-512-5997 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Si utiliza un médico de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico de la red o el hospital puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red , preferido o participante para los proveedores de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí, pero puede remitirse a sí mismo a algunos especialistas . No. Las remisiones internas a un especialista de Kaiser Permanente no requiere una remisión escrita.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si tiene el permiso del plan antes de ver a dicho especialista .



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 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	\$35 de copago /visita al consultorio	Sin cobertura	Si recibe servicios aparte de la visita al consultorio, pueden aplicarse otros copagos.
	Visita al consultorio del especialista	\$45 copago /visita al consultorio	Sin cobertura	Si recibe servicios aparte de la visita al consultorio, pueden aplicarse otros copagos.
	Atención preventiva/exámenes/vacunación	Sin costo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 1 examen al año.
Si se hace un examen	Examen diagnóstico (radiografías, exámenes de sangre)	Sin cargo por servicios prestados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio independiente con contrato con Kaiser Permanente; \$100 de copago por servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura	--Ninguno--
	Imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$45 de copago por servicios prestados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un centro independiente de imagenología con contrato con Kaiser Permanente; \$100 de copago por servicios de imagenología prestados en un hospital para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura	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 medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede conseguir más información sobre la cobertura de medicamentos de receta en www.my.kp.org/shbp	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$20 copago /receta (minorista); \$50 copago /receta (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro de 31 a 90 días (orden por correo). \$30 copago por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitadas a un abastecimiento. Sin cargo para medicamentos anticonceptivos (sujeto a las pautas del formulario).
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$50 copago /receta (minorista); \$125 copago /receta (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro de 31 a 90 días (orden por correo). \$60 copago por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitadas a un abastecimiento.
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	\$80 copago /receta (minorista); \$200 copago /receta (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro de 31 a 90 días (orden por correo). \$90 copago por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitadas a un abastecimiento.
	Medicamentos de especialidad	Igual que los medicamentos genéricos, de marca preferidos y no preferidos, según corresponda	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro de 31 a 90 días (orden por correo). Se aplica un copago por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitadas a un abastecimiento.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cuota de las instalaciones (p. ej., el centro de cirugía ambulatoria)	\$100 copago /visita	Sin cobertura	---Ninguno---
	Honorarios del médico/cirujano	Se incluyen en la tarifa de la instalación.	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 de copago /visita	\$150 de copago /visita	Exonerado si es admitido
	Transporte médico de emergencia	\$100 copago /traslado	\$100 copago /traslado	---Ninguno---
	Atención de urgencia	\$35 de copago /visita	Sin cobertura	La atención de urgencia de un proveedor no participante se cubre solo si usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicios. Si recibe servicios aparte de la visita al consultorio, pueden aplicarse otros copagos .
Si lo hospitalizan	Cuota de las instalaciones (p. ej., la	\$250 copago /admisión	Sin cobertura	--Ninguno--
	Honorarios del médico/cirujano	Se incluyen en la cuota de la	Sin cobertura	---Ninguno---

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	\$35 copago /visita (individual); \$17 copago /visita (grupal, servicios de salud mental o conductual) \$35 copago /visita (grupal, servicios por abuso de sustancias)	Sin cobertura	Si recibe servicios aparte de la visita al consultorio, pueden aplicarse otros copagos .
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 copago /admisión	Sin cobertura	--Ninguno--
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin cobertura	Después de la confirmación del embarazo, para la serie normal de consultas de rutina programadas con regularidad. La cobertura se limita a 1 consulta posnatal. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un copago , coaseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto	\$250 copago /admisión	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de parto	\$250 copago /admisión	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Sin costo	Sin cobertura	La cobertura es ilimitada. La enfermería privada no tiene cobertura.
	Servicios de rehabilitación	\$25 copago /consulta (paciente ambulatorio); \$250 copago /admisión (paciente hospitalizado)	Sin cobertura	Hay un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir consultas adicionales si se considera médicamente necesario.

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 habilitación	\$25 copago /consulta; \$250 copago /admisión (paciente hospitalizado)	Sin cobertura	Hay un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir consultas adicionales si se considera médicamente necesario. Estas consultas se aplican al límite de los servicios 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).			
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Atención dental (para adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. 	<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 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 en www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos 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 directamente con Servicios para Miembros de Kaiser Permanente para apelar la denegación de cobertura de reclamaciones médicas a través del 1-855-512-5997 (TTY: 711). Para apelaciones relacionadas con incentivos de bienestar, comuníquese con Kaiser Permanente HealthWorks por el 1-866-300-9867. 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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-865-5813 (TTY: 711)

—————*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	\$0
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	\$0
■ Otro coaseguro	\$0

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:

Reparto de costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coaseguro	\$0
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$560

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	\$0
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	\$0
■ Otro coaseguro	\$0

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:

Reparto de costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1900
Coaseguro	\$0
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,960

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$45
■ Coaseguro de hospital (centro)	\$0
■ Otro coaseguro	\$0

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:

Reparto de costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coaseguro	\$0
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500