



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](http://www.shbp.georgia.gov) o llame al 1-888-364-6352. 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 1-888-364-6352 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿De cuánto es el <b>deducible</b> general?	Para los <b>proveedores de la red</b> : <b>\$1,300</b> usted <b>\$1,950</b> usted + cónyuge o hijos <b>\$2,600</b> usted + su familia. Para los <b>proveedores fuera de la red</b> : sin cobertura	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <b>plan</b> , cada uno debe alcanzar su <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos <b>deducibles</b> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> general de la familia.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios de <b>atención preventiva</b> están cubiertos antes de que usted alcance su <b>deducible</b> .	Este <b>plan</b> cubre algunos puntos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado el <b>monto deducible</b> . Sin embargo, es posible que aplique un <b>copago</b> o <b>coaseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre determinados <b>servicios preventivos</b> sin <b>reparto de costos</b> y antes de que usted alcance su <b>deducible</b> . Puede encontrar una lista de <b>servicios preventivos</b> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar <b>deducibles</b> para servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de desembolso</b> de este <b>plan</b> ?	Para los <b>proveedores de la red</b> : <b>\$4,000</b> usted <b>\$6,500</b> usted + cónyuge o hijos/ <b>\$9,000</b> usted + su familia; para <b>proveedores fuera de la red</b> : sin cobertura.	El <b>límite de desembolso</b> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <b>plan</b> , deben alcanzar sus propios <b>límites de desembolso</b> hasta que se haya alcanzado el <b>límite de desembolso</b> general de la familia.
¿Qué es lo que no se incluye en el <b>límite de desembolso</b> ?	<b>Copagos</b> por ciertos servicios, <b>primas</b> , cargos por <b>facturación del saldo</b> y atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no se incluyen en el <b>límite de desembolso</b> .
¿Pagará menos si usa un <b>proveedor de la red</b> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.welcometouhc.com/shbp_o">www.welcometouhc.com/shbp_o</a> llame al 1-888-364-6352 para obtener una lista de los <b>proveedores de la red</b> .	Este <b>plan</b> usa un proveedor de la <b>red</b> . Usted pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que esté dentro de la <b>red</b> del plan. Usted pagará más si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en cuenta que es posible que su <b>proveedor de la red</b> use un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte a su <b>proveedor</b> antes de recibir sus servicios.
¿Necesita una <b>remisión</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede ver al <b>especialista</b> que elija sin necesidad de una <b>remisión</b> .



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)	
<b>Si visita el consultorio o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 <a href="#">copago</a> /visita al consultorio; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes/vacunación</a>	Sin costo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique qué es lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se hace un examen</b>	<a href="#">Examen diagnóstico</a> (radiografías, exámenes de sangre)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> (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 <a href="#">coaseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> (ambulatorio) sin costo (consultorio)	Sin cobertura	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Puede encontrar más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://info.caremark.com/shbp">http://info.caremark.com/shbp</a>	Medicamentos genéricos y determinados medicamentos de marca preferida (nivel 1)	\$20 de <a href="#">copago</a> /receta (minoristas y pedido por correo)	Mismo <a href="#">copago</a> que en los <a href="#">proveedores de la red</a> , 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 un <a href="#">proveedor de la red</a> .	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 <a href="#">copago</a> 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 <a href="#">copago</a> mensual se triplica  Para un suministro de 90 días en una farmacia minorista de 90 días o por entrega a domicilio, el <a href="#">copago</a> mensual se multiplica por 2.5.  Consulte los documentos del plan para encontrar una lista de medicamentos que requieren una <a href="#">autorización previa</a> o que tienen otros límites.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$50 de <a href="#">copago</a> /receta (minoristas y pedidos por correo)		
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	\$90 de <a href="#">copago</a> /receta (minoristas y pedidos por correo)		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> (nivel 4)	Los mismos medicamentos de nivel 1, 2 y 3, según corresponda.		
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cuota de las instalaciones (p. ej., el centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	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)	
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$150 de <a href="#">copago</a> /visita	\$150 de <a href="#">copago</a> /visita	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> con 1 día hábil de antelación, o lo antes posible, si lo ingresan en un hospital <a href="#">fuera de la red</a> . Si lo ingresan, se exonera el <a href="#">copago</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin costo	Sin costo	---Ninguno---
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	---Ninguno---
Si lo hospitalizan	Cuota de las instalaciones (p. ej., la habitación del hospital)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o por uso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita (atención primaria) \$45 de <a href="#">copago</a> /visita (atención especializada)	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo después de la primera consulta \$35 de <a href="#">copago</a> /visita (atención primaria) \$45 de <a href="#">copago</a> /visita (atención especializada)	Sin cobertura	El <a href="#">reparto de costos</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Es posible que aplique un <a href="#">coaseguro</a> 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 <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios de instalaciones de parto	20 % de <a href="#">coaseguro</a> 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 <a href="#">autorización previa</a> .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene	<a href="#">Atención médica domiciliaria</a>	Sin costo	Sin cobertura	Una consulta equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para la atención médica domiciliaria.

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)	
otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /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, <a href="#">se requiere una autorización previa</a> 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.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación
	<a href="#">Enfermería especializada</a>	Sin costo	Sin cobertura	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. No hay límites de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin costo	Sin cobertura	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para dispositivos (compra o alquiler acumulativo) que cuesten más de \$1,000 cada uno.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin costo	Sin cobertura	8 visitas por duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención oftalmológica o dental	Examen de la vista para niños	Sin costo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un 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:

<b>Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de cualquier otro <a href="#">servicio excluido</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Atención dental (para adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no es de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención privada de enfermería</li> <li>• Atención podológica de rutina</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>

<b>Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> ).</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención oftalmológica de rutina (para adultos)</li> </ul>

**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 seguro estatal, el Departamento de Seguros de Georgia al 1-800-656-2298 o [www.oci.ga.gov/](http://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](http://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](http://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 UnitedHealthcare directamente para apelar una denegación de cobertura por reclamaciones médicas a través del 1-888 364-6352. 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](http://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 1-888-364-6352

—————*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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coaseguro de hospital (centro)</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	20 %

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coaseguro de hospital (centro)</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	20 %

**Fractura simple de Mia**

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coaseguro de hospital (centro)</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	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:**

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

**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	\$90
Coaseguro	\$0
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$90</b>

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

**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	\$270
Coaseguro	\$0
Lo que no tiene cobertura	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$270</b>