



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 cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (que se llama [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.shbp.georgia.gov o llame al

1-855-641-4862. Para obtener definiciones generales de términos comunes como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	Para proveedores de la red : \$1,300 usted \$1,950 usted + cónyuge o hijos \$2,600 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : No está cubierto	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o un coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red \$4,000 usted \$6,500 usted + cónyuge o hijos/ \$9,000 usted + familia; para proveedores fuera de la red : no está cubierto.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo global de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Copagos para ciertos servicios, primas , facturación de saldo cargos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.anthem.com/shbp o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza un proveedor de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la red del plan . Pagará más si acude a 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 de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para que lo atienda un especialista ?	No.	Puede acudir 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 que haya alcanzado su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si acude al consultorio de un proveedor de atención médica o a una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago /consulta presencial	No está cubierto	Hay límites para las consultas de obesidad infantil.
	Consulta con el especialista	\$45 de copago /consulta	No está cubierto	Hay límites para las consultas de obesidad infantil.
	Atención preventiva/pruebas de detección / vacunas	No se cobran cargos	No está cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía o análisis de sangre)	20 % de coaseguro después del deducible (paciente ambulatorio). No se cobran cargos (consultorio)	No está cubierto	No se cobran cargos por pruebas de diagnóstico en un laboratorio independiente.
	Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM)	20 % de coaseguro después del deducible (ambulatorio) No se cobran cargos (consultorio)	No está cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferida seleccionados (nivel 1)	\$20 de copago /medicamentos con receta (minorista y pedido por correo)	El mismo copago que el proveedor de la red , pero basado en el monto permitido. Debe pagar de su bolsillo y presentar un reclamo impreso para el reembolso. El plan le hará un reembolso según el monto permitido para una farmacia de la red .	Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento se pueden surtir para un suministro de hasta 90 días (venta minorista o entrega a domicilio). Para el suministro de 32 a 62 días, el copago mensual se duplica. Para el suministro de 63 a 90 días de una farmacia de la red que no sea de 90 días, el copago mensual se triplica. Suministro de 90 días en una farmacia minorista de suministro de 90 días o mediante entrega a domicilio, el copago mensual se multiplica por 2.5. El copago de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de bolsillo.
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$50 de copago /medicamentos con receta (minorista y pedido por correo)		
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$90 de copago /medicamentos con receta (minorista y pedido por correo)		
	Medicamentos de especialidad	Igual que los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.		

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
				Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que requieren autorización previa o que tienen otros límites.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 de copago/consulta	\$150 de copago/consulta	Se requiere autorización previa en el plazo de 1 día laborable o tan pronto como sea posible, si ingresa en un hospital fuera de la red . Si lo ingresan, el copago se exonera.
	Transporte médico de emergencia	No se cobran cargos	No se cobran cargos	---Ninguna---
	Atención de urgencia	\$35 de copago/consulta	No está cubierto	---Ninguna---
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	Es posible que se requiera autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	\$35 de copago/consulta (PCP) \$45 de copago/consulta (SPC) \$10 de copago/consulta del grupo	No está cubierto	---Ninguna---
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
Si está embarazada	Consultas médicas	No se cobran cargos después de la consulta inicial \$35 de copago/consulta (PCP) \$45 de copago/consulta (SPC)	No está cubierto	Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicio se puede aplicar un coaseguro . La atención maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	Es posible que se requiera autorización previa .
	Servicios de centros de parto/alumbramiento	20 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	Se aplica a centros para pacientes hospitalizados. Otros costos compartidos pueden aplicarse según los servicios prestados. Es posible que se requiera autorización previa .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	No se cobran cargos	No está cubierto	Una consulta equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere autorización previa para atención médica a domicilio.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago / consulta	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional, del habla, de rehabilitación cardíaca o de rehabilitación pulmonar). Fisioterapia: se requiere autorización previa para los niños solo después de 40 consultas. Los servicios prestados por una agencia de atención médica a domicilio NO están sujetos a la limitación de 40 consultas cuando se realizan en el hogar. Si se realiza en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio.
	Servicios de habilitación	\$25 de copago / consulta	No está cubierto	Las consultas de habilitación cuentan para el máximo de consultas de rehabilitación mencionado anteriormente.
	Atención de enfermería especializada	No se cobran cargos	No está cubierto	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. No hay limitaciones de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	Equipo médico duradero	No se cobran cargos	No está cubierto	Es posible que se requiera autorización previa .
	Servicios de cuidados terminales	No se cobran cargos	No está cubierto	Es posible que se requiera autorización previa . 8 consultas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	No se cobran cargos	No está cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Revisión dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía estética • Programas para perder peso | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (para adultos) • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privado • Cuidado de rutina para los pies |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados oftalmológicos de rutina (para adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos |
|--|--|--|---|

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: departamento de seguros de su estado, Departamento de Seguros de Georgia por el 1-800-656-2298 o en www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por el 1-877-267-2323, extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, incluida 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 obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-610-1863.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una reclamación contra su [plan](#) por una negación de un [reclamo](#). Esta reclamación se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Debe comunicarse directamente con Anthem Blue Cross and Blue Shield para apelar la denegación de cobertura por reclamos médicos por el 1-855-641-4862. Para apelaciones relacionadas con créditos de incentivos de bienestar, comuníquese con Sharecare al 1-888-616-6411. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, derechos o este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Miembro del Plan Estatal de Beneficios de Salud por el 1-800-610-1863 o acceder a la información sobre apelaciones de elegibilidad en www.shbp.georgia.gov. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo sobre su [plan](#).

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí.

La [cobertura mínima esencial](#) generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de prima.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), puede optar a [un crédito fiscal de prima](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-855-641-4862.

—————*Para ver ejemplos de cómo 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 se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal en la red y un parto en el hospital)

- El [deducible](#) total [del plan es de](#) **\$1,300**
- [Copago de especialista](#) **\$45**
- Hospital (centro) [coaseguro](#) **20 %**
- Otro [coaseguro](#) **20 %**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con un especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de centros para parto/alumbramiento Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*) Consulta con el especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,300
Copagos	\$45
Coaseguro	\$1,248
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,593

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) total [del plan es de](#) **\$1,300**
- [Copago de especialista](#) **\$45**
- Hospital (centro) [coaseguro](#) **20 %**
- Otro [coaseguro](#) **20 %**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con el médico de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*) Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicamentos con receta * Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$90

La fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) total [del plan es de](#) **\$1,300**
- [Copago de especialista](#) **\$45**
- Hospital (centro) [coaseguro](#) **20 %**
- Otro [coaseguro](#) **20 %**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (*incluido el material médico*) Prueba diagnóstica (*radiografía*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$270