



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 1-855-512-5997 (TTY: 711). 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 1-888-865-5813 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿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 \$6,350 usted \$12,700 usted + cónyuge o hijos \$12,700 usted + familia Para proveedores fuera de la red : no tiene cobertura.	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 ?	Primas , cargos por facturación de saldo 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.my.kp.org/shbp o llame al 1-855-512-5997 para obtener una lista de 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 u hospital de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos de la red , preferido o participante para los proveedores de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesita una remisión para que lo atienda un especialista ?	Sí, pero puede autorremitirse a ciertos especialistas. Para otras especialidades, su PCP coordinará cualquier atención de especialista que usted pueda necesitar. Para elegir un PCP, visite www.my.kp.org/shbp .	Este plan pagará una parte o la totalidad de los gastos para que lo atienda un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene el permiso del plan antes de acudir al especialista .



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	Si recibe servicios además de una consulta presencial, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	Consulta con el especialista	\$45 de copago /consulta presencial	No está cubierto	Si recibe servicios además de una consulta presencial, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	Atención preventiva/pruebas de detección / vacunas	No se cobran cargos	No está cubierto	La cobertura está limitada a 1 examen por año.
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía o análisis de sangre)	No se cobran cargos por los servicios realizados en un Centro Médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio independiente contratado por Kaiser Permanente; \$100 de copago para los servicios realizados en un entorno de hospital ambulatorio.	No está cubierto	---Ninguna---
	Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM)	\$45 de copago por los servicios realizados en un Centro Médico Kaiser Permanente o en un centro de diagnóstico por imagen independiente contratado por Kaiser Permanente; \$100 de copago para servicios de diagnóstico por imágenes realizados en un hospital ambulatorio.	No está cubierto	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 medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.my.kp.org/shbp	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$20 de copago /medicamentos con receta (minorista); \$50 de copago /medicamentos con receta (pedido por correo)	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro para entre 31 y 90 días (pedido por correo). \$30 de copago por medicamento con receta (farmacias de la red); las farmacias de la red se limitan a surtir una sola vez. No se cobran cargos por anticonceptivos (sujeto a las pautas del formulario).
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$50 de copago /medicamentos con receta (minorista); \$125 de copago /medicamentos con receta (pedido por correo)	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro para entre 31 y 90 días (pedido por correo). \$60 de copago por medicamento con receta (farmacias de la red); las farmacias de la red se limitan a surtir una sola vez.
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$80 de copago /medicamentos con receta (minorista); \$200 de copago /medicamentos con receta (pedido por correo).	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro para entre 31 y 90 días (pedido por correo). \$90 de copago por medicamento con receta (farmacias de la red); Las farmacias de la red se limitan a surtir una sola vez.
	Medicamentos de especialidad	Igual que los medicamentos genéricos, de marca preferida y no preferida, según corresponda	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro para entre 31 y 90 días (pedido por correo). Copago aplicable por medicamento con receta (farmacias de la red); las farmacias de la red se limitan a surtir una sola vez.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago /consulta	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro.	No está cubierto	---Ninguna---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 de copago /consulta	\$150 de copago /consulta	Se exonera si lo ingresan
	Transporte médico de emergencia	\$100 de copago /traslado	\$100 de copago /traslado	---Ninguna---
	Atención de urgencia	\$35 de copago /consulta	No está cubierto	La atención de urgencia de proveedores no participantes está cubierta solo si se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si recibe servicios además de una consulta presencial, es posible que se apliquen copagos adicionales.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$250 de copago /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro.	No está cubierto	---Ninguna---

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 servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	\$35 de copago /consulta (individual); \$17 de copago /consulta grupal (servicios de salud mental o del comportamiento) \$35 de copago /consulta grupal (servicios por consumo de sustancias)	No está cubierto	Si recibe servicios además de una consulta presencial, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de copago /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
Si está embarazada	Consultas médicas	No se cobran cargos	No está cubierto	Después de la confirmación del embarazo, para la serie normal de consultas de rutina programadas regularmente. La cobertura se limita a 1 consulta posnatal. Según el tipo de servicio puede aplicarse un copago , un coaseguro o un deducible . La atención maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	\$250 de copago /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
	Servicios de centros de parto/alumbramiento	\$250 de copago /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	No se cobran cargos	No está cubierto	La cobertura es ilimitada. El servicio de enfermería privado no está cubierto.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago /consulta (pacientes ambulatorios); \$250 de copago /ingreso (pacientes hospitalizados)	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir consultas adicionales si se considera médicamente necesario.

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)	
	Servicios de habilitación	\$25 de copago /consulta; \$250 de copago /ingreso (pacientes hospitalizados)	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias 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.
	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 • Cuidado dental (para adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privado • Cuidado de rutina para los pies • Programas para perder peso 	
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 con los Servicios de Atención a los afiliados a Kaiser Permanente para apelar la denegación de cobertura por reclamos médicos por el 1-855-512-5997 (TTY: 711). Para apelaciones relacionadas con incentivos de bienestar, comuníquese con Kaiser Permanente HealthWorks al 1-866-300-9867. 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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711) Chino (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 (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-865-5813 (TTY: 711)

—————*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](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) \$0
- Otro [coaseguro](#) \$0

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	\$0
Copagos	\$500
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$560

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](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) \$0
- Otro [coaseguro](#) \$0

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	\$1,900
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,960

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](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) \$0
- Otro [coaseguro](#) \$0

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	\$500
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500