



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](http://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 impresa.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$0	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> \$6,350 Usted   \$12,700 Usted + cónyuge o hijos   \$12,700 Usted + familia   Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : no cubierto.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> total de la familia.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.my.kp.org/shbp">www.my.kp.org/shbp</a> o llame al 1-855-512-5997 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Si utiliza un médico de la <a href="#">red</a> 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 <a href="#">red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios. Los planes utilizan los términos de la <a href="#">red</a> , 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 <a href="#">remisión</a> para que lo atienda un <a href="#">especialista</a> ?	Sí, pero puede autorremitirse a ciertos especialistas. Para otras especialidades, su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) coordinará la atención especializada que pueda necesitar. Para elegir un PCP, visite <a href="http://www.my.kp.org/shbp">www.my.kp.org/shbp</a> .	Este plan pagará una parte o la totalidad de los gastos de acudir a un <a href="#">especialista</a> para servicios cubiertos, pero solo si el plan lo autoriza antes de que acuda al <a href="#">especialista</a> .



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 usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio	No está cubierto	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	<b>Visita al consultorio del <a href="#">especialista</a></b>	\$45 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio	No está cubierto	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> / vacunas	Sin cargos	No está cubierto	La cobertura está limitada a 1 examen por año.
Si se hace una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía o análisis de sangre)	Sin cargo por servicios prestados en un Centro Médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio independiente contratado por Kaiser Permanente; \$100 de <a href="#">copago</a> por servicios prestados en un entorno hospitalario ambulatorio.	No está cubierto	---Ninguna---
	Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM)	\$45 de <a href="#">copago</a> 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 <a href="#">copago</a> para servicios de diagnóstico por imágenes realizados en un hospital ambulatorio.	No está cubierto	<b>Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</b>

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información sobre <a href="http://www.my.kp.org/shbp">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.my.kp.org/shbp">www.my.kp.org/shbp</a>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$20 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (minorista); \$50 de <a href="#">copago</a> /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 <a href="#">copago</a> por medicamento con receta (farmacias de la <a href="#">red</a> ); las farmacias de la <a href="#">red</a> se limitan a surtir una sola vez. Anticonceptivos gratuitos (sujetos a las directrices del formulario).
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$50 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (minorista); \$125 de <a href="#">copago</a> /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 <a href="#">copago</a> por medicamento con receta (farmacias de la <a href="#">red</a> ); las farmacias de la <a href="#">red</a> se limitan a surtir una sola vez.
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$80 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (minorista); \$200 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (pedido por correo).	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro de 31-90 días (pedido por correo). \$90 de <a href="#">copago</a> por medicamento con receta (farmacias de la <a href="#">red</a> ); farmacias de la <a href="#">red</a> limitadas a un solo suministro.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Igual que los medicamentos de marca genéricos, preferidos y no preferidos, según corresponda	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista); suministro para entre 31 y 90 días (pedido por correo). <a href="#">Copago</a> aplicable por medicamento con receta (farmacias de la <a href="#">red</a> ); farmacias de la <a href="#">red</a> limitadas a un solo surtido.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro.	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$200 de <a href="#">copago</a> /visita	\$200 de <a href="#">copago</a> /visita	Se exonera si lo ingresan
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$100 de <a href="#">copago</a> /traslado	\$100 de <a href="#">copago</a> /traslado	---Ninguna---

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	La <a href="#">atención de urgencia de proveedores</a> no participantes está cubierta solo si se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <a href="#">copagos</a> adicionales.
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro.	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita (individual); \$17 de <a href="#">copago</a> /visita grupal (servicios de salud mental o del comportamiento) \$35 de <a href="#">copago</a> /visita grupal (servicios por consumo de sustancias)	No está cubierto	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <a href="#">copagos</a> adicionales.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio del médico	Sin cargos	No está cubierto	Después de la confirmación del embarazo, para la serie normal de visitas de rutina programadas regularmente. La cobertura se limita a 1 visita posnatal. Según el tipo de servicio puede aplicarse un <a href="#">copago</a> , un <a href="#">coaseguro</a> o un <a href="#">deducible</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
	Servicios en centros de parto/alumbramiento	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	Sin cargos	No está cubierto	La cobertura es ilimitada. El servicio de enfermería privado no está cubierto.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita (pacientes ambulatorios); \$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso (pacientes hospitalizados)	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 sesiones por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir sesiones adicionales si se considera médicamente necesario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita; \$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso (pacientes hospitalizados)	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 sesiones por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir sesiones adicionales si se considera médicamente necesario. Estas visitas se aplican al límite de los servicios de rehabilitación.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin 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.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargos	No está cubierto	<b>Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</b>
	<a href="#">Servicios de cuidados terminales</a>	Sin cargos	No está cubierto	<b>Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</b> 8 visitas por duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin 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:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a> generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener 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 estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de enfermería privado</li> <li>• Cuidado de rutina para los pies</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul>

<b>Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> ).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados oftalmológicos de rutina (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Audífonos</li> </ul>

**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/](http://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](http://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](http://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 agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Debe ponerse en contacto directamente con el Servicio de Atención al Miembro de Kaiser Permanente para apelar la denegación de cobertura de reclamaciones médicas llamando al 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](http://www.shbp.georgia.gov). Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier razón a 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 ser elegible para 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)

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 (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 parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coaseguro</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/alumbramiento  
 Servicios en centros de parto/alumbramiento  
 Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$7,540</b>
-------------------------------	----------------

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
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$560</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coaseguro</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$5,400</b>
-------------------------------	----------------

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
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,960</b>

### La fractura simple de Mia

(visita en la sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coaseguro</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coaseguro</a>	\$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*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

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
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$500</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en el EJEMPLO.