



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 1-888-364-6352. 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 1-888-364-6352 para solicitar una copia impresa.

| 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. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que se 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 cubierto. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo total de la familia. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Copagos para ciertos servicios, 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.welcometouhc.com/shbp o llame al 1-888-364-6352 para obtener una lista de proveedores de la red proveedores de la red . | Este plan utiliza un proveedor de la red . Pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, 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 se aplica [deducible](#).

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si acude al consultorio de un proveedor de atención médica o a una clínica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$35 de copago /visita al consultorio; no se aplica deducible | No está cubierto | Hay límites para las visitas de obesidad infantil. |
| | Visita al especialista | \$45 de copago /visita | No está cubierto | Hay límites para las visitas de obesidad infantil. |
| | Atención preventiva/pruebas de detección / vacunas | Sin 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 se hace una prueba | Prueba diagnóstica (radiografía o análisis de sangre) | 20 % de coaseguro después del deducible (ambulatorio) Sin cargos (consultorio) | No está cubierto | Sin cargos por pruebas de diagnóstico en un laboratorio independiente. |
| | Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM) | 20 % de coaseguro después del deducible (ambulatorio) Sin cargos (consultorio) | No está cubierto | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre cobertura de medicamentos con receta en | Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferida seleccionados (nivel 1) | \$20 de copago /medicamento 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 una reclamación impresa para el reembolso. El plan le hará un | 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 (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 |
| | Medicamentos de marca preferida (nivel 2) | \$50 de copago/medicamento con receta (minorista y pedido por correo) | | |
| | Medicamentos de marca no preferida (nivel 3) | \$90 de copago/medicamento con receta (minorista y pedido por correo) | | |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| http://info.caremark.com/shbp | Medicamentos de especialidad | Igual que los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda. | reembolso según el monto permitido para un proveedor de la red . | copago mensual se triplica. Suministro de 90 días en farmacia minorista de suministro de 90 días o mediante entrega a domicilio, el copago mensual se multiplica por 2.5. 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 | \$200 de copago /visita | \$200 de copago /visita | Se requiere autorización previa en un 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 | Sin cargos | Sin cargos | ---Ninguna--- |
| | Atención de urgencia | \$35 de copago /visita | 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 | Sin cargos | No está cubierto | ---Ninguna--- |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20 % de coaseguro después del deducible | No está cubierto | Se requiere autorización previa . |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio del médico | Sin cargos después de la visita inicial \$35 de copago /visita (PCP) \$45 de copago /visita (especialista) | 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 de 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 en centros de parto/alumbramiento | 20 % de coaseguro después del deducible | No está cubierto | Se aplica a centros para pacientes hospitalizados. Se pueden aplicar otros costos según los servicios proporcionados. Es posible que se requiera una autorización previa . |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene | Atención médica a domicilio | Sin cargos | No está cubierto | Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere una autorización previa para atención médica a domicilio. |
| otras necesidades de salud especiales | Servicios de rehabilitación | \$25 de copago /visita | No está cubierto | Hay un beneficio máximo de 40 sesiones por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional, del habla, de rehabilitación cardíaca o de rehabilitación pulmonar). Los límites no se aplican a las afecciones de salud mental. Fisioterapia y terapias ocupacional y del habla solo se requiere autorización previa para los niños después de 40 sesiones. Los límites no se aplican a las afecciones de salud mental. Los servicios prestados por una agencia de asistencia médica a domicilio NO están sujetos a imitaciones de 40 visitas cuando se realizan en un entorno domiciliario. Si se realiza en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio. |
| | Servicios de habilitación | \$25 de copago /visita | No está cubierto | Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| | | | | mencionado anteriormente. |
| | Atención de enfermería especializada | 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. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargos | No está cubierto | Se requiere una autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulado) que cuestan más de \$1,000 por dispositivo. |
| | Servicios de cuidados terminales | Sin cargos | No está cubierto | 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 | Cobertura limitada a un 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 (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](#).)

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------|-------------|
| • Atención quiropráctica | • Cuidados oftalmológicos de rutina (adultos) | • Cirugía bariátrica | • 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 agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la 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 comunicarse directamente con UnitedHealthcare para apelar la denegación de cobertura por reclamaciones médicas llamando al 1-888-364-6352. 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 una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo 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 1-888-364-6352.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, 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 [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 deducible total del plan | \$1,30 | 0 |
| ■ Copago de especialista | \$45 | |
| ■ Hospital (centro) coaseguro | 20 % | |
| ■ Otro coaseguro | 20 % | |

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*)

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

En este ejemplo Peg pagaría:

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

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | | |
|---|--------|---|
| ■ El deducible total del plan | \$1,30 | 0 |
| ■ Copago de especialista | \$45 | |
| ■ Hospital (centro) coaseguro | 20 % | |
| ■ Otro coaseguro | 20 % | |

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*)

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

En este ejemplo Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|-------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$90 |
| Coaseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$90 |

La fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$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:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$270 |
| Coaseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$270 |

* Los medicamentos con receta se pagan de conformidad con el beneficio de farmacia a través de CVS Caremark.

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