




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 red : \$3,500 usted \$7,000 usted + cónyuge o hijos \$7,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$7,000 usted \$14,000 usted + cónyuge o hijos \$14,000 usted + familia | 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 \$6,450 usted \$12,900 usted + cónyuge o hijos \$12,900 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$12,900 usted \$25,800 usted + cónyuge o hijos \$25,800 usted + familia | 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 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 | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|--|---|
| | y atención médica que este plan no cubre. | |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ? | <p>Sí Consulte www.welcometouhc.com/shbp o llame al 1-888-364-6352 para obtener una lista de proveedores de la red.</p> | 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 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 calculados después de que haya alcanzado su [deducible](#), si se 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 proveedor de atención médica o a una clínica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Hay límites para las visitas de obesidad infantil. |
| | Visita al especialista | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Hay límites para las visitas de obesidad infantil. |
| | Atención preventiva/pruebas de detección / vacunas | Sin cargos | No está cubierto | Los servicios cubiertos deben estar correctamente codificados como preventivos y los debe proporcionar un proveedor de la red . |
| Si se hace una prueba | Prueba diagnóstica (radiografía o análisis de sangre) | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa para los estudios del sueño o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. |
| | Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM) | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. |
| Si necesita | Medicamentos genéricos y medicamentos de marca | 30 % de coaseguro después del deducible ** | El mismo coaseguro para la red , pero basado en el | Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

| medicamentos para tratar su enfermedad o afección | preferida seleccionados (nivel 1) | | monto permitido. | 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 medicamentos enumerados en la Lista de medicamentos Genéricos de Mantenimiento, no tiene que alcanzar el valor de su deducible antes de que comience la cobertura. |
|---|---|--|--|--|
| | Medicamentos de marca preferida (nivel 2) | 30 % de coaseguro después del deducible ** | | |
| | Medicamentos de marca no preferida (nivel 3) | 30 % de coaseguro después del 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) | |
| Más información sobre cobertura de medicamentos con receta en http://info.caremark.com/shbp | Medicamentos de especialidad | 30 % de coaseguro después del deducible | Debe pagar de su bolsillo y presentar una reclamación impresa para el reembolso. El plan le hará un reembolso según el monto permitido para las farmacias de la red . | 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) | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Es posible que se requiera autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Algunos proveedores no están cubiertos, como asistentes de cirugía. Es posible que se requiera autorización previa . |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 30 % de coaseguro después del deducible | 30 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa en el plazo de 1 día laborable, o lo antes posible, si ingresa en un hospital fuera de la red . |
| | Transporte médico de emergencia | 30 % de coaseguro después del deducible | 30 % de coaseguro después del deducible | ---Ninguna--- |
| | Atención de urgencia | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | ---Ninguna--- |
| Si tiene una estadía en el hospital | Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital) | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Algunos proveedores no están cubiertos, como asistentes de cirugía. Es posible que se requiera autorización previa . |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

| 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 necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias | Servicios ambulatorios | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. Las pruebas neuropsicológicas no requieren autorización previa . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. Las pruebas neuropsicológicas no requieren autorización previa . Cargos profesionales para pacientes hospitalizados limitados a 1 visita por día autorizado combinado/año calendario. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio del médico | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | 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 | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | |
| | Servicios en centros de parto/alumbramiento | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | |
| Si necesita ayuda para | Atención médica a domicilio | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales | Servicios de rehabilitación | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. 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 atención médica a domicilio NO están sujetos a la limitación de 40 visitas cuando se realizan en el hogar. Si se realiza en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio. |
| | Servicios de habilitación | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación mencionado anteriormente. |

| | | | | |
|--|--|---|------------------|--|
| | Atención de enfermería especializada | 30 % de coaseguro después del deducible | 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. Es posible que se requiera 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 menos) | Proveedor fuera de la red (usted pagará más) | |
| | Equipo médico duradero | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulado) que cuestan más de \$1,000 por dispositivo. |
| | Servicios de cuidados terminales | 30 % de coaseguro después del deducible | 50 % de coaseguro después del deducible | Se requiere autorización previa solo para hospitalizaciones de cuidados terminales o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. 8 visitas por duelo por año calendario. |
| Si su hijo necesita | 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 |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| atención dental u oftalmológica | 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](#)).

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados oftalmológicos de rutina (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 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 comunicarse directamente con United Health care 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.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.shbp.georgia.gov.

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 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 deducible total del plan | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 30 % |
| ■ Hospital (centro) coaseguro | 30 % |
| ■ Otro coaseguro | 30 % |

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 | \$3,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coaseguro | \$1,212 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$4,712 |

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 | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 30 % |
| ■ Hospital (centro) coaseguro | 30 % |
| ■ Otro coaseguro | 30 % |

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 | \$3,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coaseguro | \$570 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,070 |

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

La fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 0 |
| ■ Hospital (centro) coaseguro | 30 % |
| ■ Otro coaseguro | 30 % |

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 | \$1,900 |
| Copagos | \$0 |
| Coaseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,900 |