



El documento 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 sus términos completos, 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](#), [coseguro](#), [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 impresa.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores de la red : \$1,500 usted \$2,250 usted + cónyuge o hijos, \$3,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$3,000 usted \$4,500 usted + cónyuge o hijos \$6,000 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 incluidos en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los 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 coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos 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 \$6,000 usted + cónyuge o hijos \$8,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$8,000 usted \$12,000 usted + cónyuge o hijos \$16,000 usted + familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted 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 ?	Primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.anthem.com/shbp o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted 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 que hace el proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los 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 la necesidad de una remisión .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son 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	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	Visita con un especialista	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	Atención preventiva/pruebas de detección / vacunación	Sin cargos	Sin cobertura	Los servicios cubiertos deben estar codificados correctamente como preventivos y los debe prestar un proveedor de la red . No hay cargos por servicios de radiología y anestesiología prestados en un hospital por un proveedor fuera de la red en un centro que pertenezca a la red y codificados correctamente como atención preventiva para proveedores fuera de la red .
Si usted se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	---Ninguna---
	Diagnósticos por imágenes (tomografía computarizada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], imagen por resonancia magnética [IRM])	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política 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 medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre cobertura de medicamentos con receta en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca preferida (nivel 1)	15 % de coseguro , con un mínimo de \$5 y un máximo de \$10 (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)	El mismo coseguro y monto mínimo/máximo que para proveedores de la red, pero basados en el monto permitido. Debe pagar de su bolsillo y presentar una reclamación impresa para el reembolso.	Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento pueden surtirse para un máximo de 90 días (farmacia minorista o pedido por correo). Para un suministro de 32 a 62 días, el mínimo/máximo mensual se duplica.
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	25 % de coseguro con un mínimo de \$55 y un máximo de \$85 (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)		
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	25 % de coseguro con un mínimo de \$85 y un máximo de \$130 (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)		
	Medicamentos especializados	Los mismos costos de medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.	El plan le hará un reembolso con base en el monto permitido para las farmacias de la red .	Para un suministro de 63 o más días en una farmacia minorista de la red que no suministre para 90 días, el coseguro se triplica. Para un suministro de 63 días o más a través de pedido por correo o una farmacia minorista de la red que suministre para 90 días, el mínimo/máximo mensual se multiplica por 2.5. El coseguro de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de bolsillo. Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que necesitan autorización previa o que tienen otros límites.

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 tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes de cirugía. Puede ser necesaria una autorización previa .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	15 % de coseguro después del deducible	15 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa en el plazo de 1 día laborable, o lo antes posible, si usted ingresa en un hospital fuera de la red .
	Transporte médico de emergencia	15 % de coseguro después del deducible	15 % de coseguro después del deducible	---Ninguna---
	Atención de urgencia	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	---Ninguna---
Si tiene que permanecer en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes de cirugía. Puede ser necesaria una autorización previa .
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	No obtener la autorización previa puede ocasionar que no se cubran los gastos o que se reduzcan los beneficios.
	Servicios de hospitalización	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	No obtener la autorización previa puede ocasionar que no se cubran los gastos o que se reduzcan los beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Los costos compartidos no aplican para ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, es posible que se aplique el coseguro . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (es decir, ecografías).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Servicios en un centro de	15 % de coseguro	40 % de coseguro después	Aplica para los centros de hospitalización.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política 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)	
	parto/alumbramiento	después del deducible	del deducible	Pueden aplicarse otros costos compartidos según los servicios prestados. Puede ser necesaria una autorización previa .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Hay un beneficio máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional, del habla, de rehabilitación cardíaca o de rehabilitación pulmonar). Los límites NO aplican para las afecciones de salud mental. Se necesita una autorización previa para fisioterapia y terapias ocupacional y del habla para niños solo después de 40 visitas. Los límites NO aplican para las afecciones de salud mental. Los servicios prestados por una agencia de servicios de atención médica domiciliaria NO están sujetos a la limitación de 40 visitas cuando se realizan en el hogar. Si se realizan en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio.
	Servicios de enseñanza de habilidades	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Las visitas para enseñanza de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación indicado previamente.
	Atención de enfermería especializada	15 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	La cobertura del centro de enfermería especializada se limita a 120 días por año calendario. Puede ser necesaria una autorización previa .
	Equipo médico duradero	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Servicios de cuidados paliativos	15 % de coseguro después del deducible	40 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa . 8 visitas por duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargos	Sin cobertura	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| • Acupuntura | • Cuidado dental (adultos) | • Servicio privado de enfermería |
| • Cirugía estética | • Tratamiento para la infertilidad | • Cuidado de rutina para los pies |
| • Programas de pérdida de peso | • Atención médica prolongada | |

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| • Atención quiropráctica | • Cirugía bariátrica | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Aparatos auditivos | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. | |

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: El departamento de seguros de su estado, el Departamento de Seguros de Georgia a través del 1-800-656-2298 o en www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a través del 1-877-267-2323 extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que también tenga otras opciones de cobertura a su disposición, incluso la compra de un 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 queja 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 los beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) de gastos médicos. Debe ponerse en contacto directamente con Anthem Blue Cross and Blue Shield para apelar la denegación de cobertura de reclamaciones de gastos médicos llamando al 1-855-641-4862. Para apelaciones relacionadas con créditos de incentivos de bienestar, comuníquese con Sharecare a través del 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 a través del 1-800-610-1863 o acceder a la información sobre apelaciones de elegibilidad en www.shbp.georgia.gov. Los documentos de su [plan](#) también ofrecen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo sobre su [plan](#).

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí.

La [cobertura mínima esencial](#), por lo general, 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 usted 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](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

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 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 [coseguro](#)) 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 dentro de la red y parto en hospital)

■ El deducible total del plan	\$1,500
■ Especialista [costo compartido]	15 %
■ Hospital (centro) [costo compartido]	15 %
■ Otro [costo compartido]	15 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$7540
-------------------------	--------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$906
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,406

Control 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	\$1,500
■ Especialista [costo compartido]	15 %
■ Hospital (centro) [costo compartido]	15 %
■ Otro [costo compartido]	15 %

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 (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5400
-------------------------	--------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$585
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,085

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$1,500
■ Especialista [costo compartido]	15 %
■ Hospital (centro) [costo compartido]	15 %
■ Otro [costo compartido]	15 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye el material médico*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1900
-------------------------	--------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,560

* 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.