




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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> : \$1,300 usted, \$1,950 usted + cónyuge o hijos, \$2,600 usted + familia. Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : Sin cobertura	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia incluidos en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">La atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</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> \$4,000 usted/\$6,500 usted + cónyuge o hijos/\$9,000 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 usted puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si 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 usted 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. Visite <a href="http://www.anthem.com/shbp">www.anthem.com/shbp</a> o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo que hace el proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para que lo atienda un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> que elija sin la necesidad de una <a href="#">remisión</a> .

 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 <a href="#">proveedor</a> de atención médica o a una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	Visita con un <a href="#">especialista</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> / vacunación	Sin cargos	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si usted se hace una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible (ambulatorio) Sin cargos (consultorio)	Sin cobertura	Sin cargos por pruebas de diagnóstico en un laboratorio independiente.
	Diagnósticos por imágenes (tomografía computarizada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], imagen por resonancia magnética [IRM])	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible (ambulatorio) Sin cargos (consultorio)	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> disponible en <a href="http://info.caremark.com/shbp">http://info.caremark.com/shbp</a>	Medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca preferida (nivel 1)	\$5 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)	El mismo <a href="#">copago</a> que el <a href="#">proveedor de la red</a> , pero basado 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 <a href="#">copago</a> mensual se duplica. Para un suministro de 63 a 90 días de una farmacia de la red que no suministre para 90 días, el <a href="#">copago</a> mensual se triplica.
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$55 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)	El plan le hará un reembolso con base en el monto permitido para una <a href="#">farmacia de la red</a> .	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política en [www.shbp.georgia.gov](http://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 de la red (usted pagará menos)	
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$95 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)		<p>Para un suministro de 90 días en una farmacia minorista que suministre para 90 días o a través de pedido por correo, el <a href="#">copago</a> mensual se multiplica por 2.5.</p> <p>El copago de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que necesitan <a href="#">autorización previa</a> o que tienen otros límites.</p>
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Los mismos costos de medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.		
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---Ninguna---
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$200 de <a href="#">copago/visita</a>	\$200 de <a href="#">copago/visita</a>	Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> en el plazo de 1 día laborable, o lo antes posible, si usted ingresa en un hospital <a href="#">fuera de la red</a> . Si lo ingresan, el <a href="#">copago</a> se exonera.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargos	Sin cargos	---Ninguna---
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$35 de <a href="#">copago/visita</a>	Sin cobertura	---Ninguna---
<b>Si tiene que permanecer en el hospital</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---Ninguna---
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Sin cargos	Sin cobertura	---Ninguna---
	Servicios de hospitalización	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	---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 de la red (usted pagará menos)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargos después del <a href="#">copago</a> inicial de \$35/visita (médico de atención primaria [Primary Care Physician, PCP]) <a href="#">copago</a> inicial de \$45/visita especialista (specialist, SPC)	Sin cobertura	Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, es posible que se aplique el <a href="#">coseguro</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (es decir, ecografías).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios en un centro de parto/alumbramiento	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del deducible	Sin cobertura	Aplica para los centros de hospitalización. Pueden aplicarse otros costos compartidos según los servicios prestados. Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	Sin cargos	Sin cobertura	Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se necesita una <a href="#">autorización previa</a> para atención médica domiciliaria.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	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 <a href="#">autorización previa</a> 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.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	

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 de la red (usted pagará menos)	
	<a href="#">Servicios de enseñanza de habilidades</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	Las visitas para enseñanza de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación indicado previamente.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargos	Sin cobertura	120 días por año calendario de centro de enfermería especializada. No hay limitaciones de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargos	Sin cobertura	Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	Sin cargos	Sin cobertura	Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> . 8 visitas por duelo por año calendario.
<b>Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica</b>	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
	Examen de la vista para niños	Sin cargos	Sin cobertura	1 examen de rutina cada 24 meses.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política en [www.shbp.georgia.gov](http://www.shbp.georgia.gov).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">plan</a> NO cubre por lo general (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>• Programas de pérdida de peso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental (adultos)</li><li>• Tratamiento para la infertilidad</li><li>• Atención médica prolongada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio privado de enfermería</li><li>• Cuidado de rutina para los pies</li></ul>	
<b>Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del <a href="#">plan</a>).</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos auditivos</li></ul>

**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/](http://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](http://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](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 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](http://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 <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$1,300
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20 %

#### 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b> (excluido el copago)	<b>\$7,540</b>
---	----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,300
Copagos	\$45
Coseguro	\$1,248
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,593</b>

### Control 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>	\$1,300
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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 (*glucómetro*)

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

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$90</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$1,300
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$45
■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20 %

#### 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*)

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

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$320
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$320</b>

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