




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 1-855-512-5997 (TTY: 711). 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 1-888-865-5813 (TTY: 711) para solicitar una copia impresa.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes más adelante para conocer los costos de los servicios que este <a href="#">plan</a> cubre.
¿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 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.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 acude a un médico o a otro proveedor de atención médica de la <a href="#">red</a> , este plan pagará una parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico o el hospital de la <a href="#">red</a> podrían usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios. Los planes utilizan el término de la <a href="#">red</a> , preferido o participante para los proveedores de su red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan les paga a los distintos tipos de proveedores.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para que lo atienda un <a href="#">especialista</a> ?	Sí, pero usted mismo puede remitirse a ciertos especialistas. Para otras especialidades, su médico de atención primaria (Primary Care Physician, 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 costos de acudir a un <a href="#">especialista</a> para servicios cubiertos, pero solo si el plan lo autoriza antes de acudir al <a href="#">especialista</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 de atención médica</a> o a una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio	Sin cobertura	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	Visita al consultorio de un <a href="#">especialista</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio	Sin cobertura	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos adicionales.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> / vacunación	Sin cargos	Sin cobertura	La cobertura se limita a 1 examen al año.
Si usted se hace una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargos 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 hospital ambulatorio.	Sin cobertura	---Ninguna---
	Diagnósticos por imágenes (tomografía computarizada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], imagen por resonancia magnética [IRM])	\$45 de <a href="#">copago</a> por servicios prestados en un Centro Médico Kaiser Permanente o en un centro independiente de diagnóstico por imágenes contratado por Kaiser Permanente; \$100 de <a href="#">copago</a> por servicios de diagnóstico por imágenes prestados en un hospital ambulatorio.	Sin cobertura	Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> .

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="#">cobertura de medicamentos con receta</a> disponible 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> /receta (farmacia minorista); \$50 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para de 31 a 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. Los anticonceptivos son gratuitos (sujetos a las directrices del formulario).
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$50 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (farmacia minorista); \$125 de <a href="#">copago</a> /receta (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para de 31 a 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> /medicamento con receta (farmacia minorista); \$200 de <a href="#">copago</a> /medicamento con receta (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para de 31 a 90 días (pedido por correo). \$90 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.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Igual que los medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos, según corresponda	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para de 31 a 90 días (pedido por correo). <a href="#">Copago</a> aplicado 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.
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de <a href="#">copago</a> /visita	Sin cobertura	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro	Sin cobertura	---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	Sin cobertura	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 que permanecer en el hospital</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	Sin cobertura	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro	Sin cobertura	---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 (servicios grupales de salud mental o del comportamiento) \$35 de <a href="#">copago</a> /visita (servicios grupales por consumo de sustancias)	Sin cobertura	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <a href="#">copagos</a> adicionales.
	Servicios de hospitalización	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	Sin cobertura	---Ninguna---
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargos	Sin cobertura	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 servicios, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> , un <a href="#">coseguro</a> o un <a href="#">deducible</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (es decir, ecografías).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	Sin cobertura	---Ninguna---
	Servicios en un centro de parto/alumbramiento	\$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso	Sin cobertura	---Ninguna---
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	Sin cargos	Sin cobertura	La cobertura es ilimitada. El servicio de enfermería privada 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)	
tiene 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)	Sin cobertura	Hay un beneficio máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir visitas adicionales si se considera médicamente necesario.
	<a href="#">Servicios de enseñanza de habilidades</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita; \$250 de <a href="#">copago</a> /ingreso (pacientes hospitalizados)	Sin cobertura	Hay un beneficio máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional y del habla). Fisioterapia: se pueden cubrir visitas 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	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.
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

## 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
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención médica prolongada
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Servicio privado de enfermería
- Cuidado de rutina para los pies
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Cirugía bariátrica
- Aparatos auditivos

**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 el Servicio de Atención al Miembro de Kaiser Permanente para apelar la denegación de cobertura de reclamaciones de gastos médicos llamando al 1-855-512-5997 (TTY: 711). Para apelaciones relacionadas con incentivos de bienestar, comuníquese con Kaiser Permanente HealthWorks a través del 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 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](#).

### ¿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 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Chino (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 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](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (centro) [coseguro](#) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

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 \$7,540**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$560</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 [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (centro) [coseguro](#) \$0
- Otro [coseguro](#) \$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 (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1900
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,960</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (centro) [coseguro](#) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

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 \$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$500</b>