
 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 : \$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 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. Los servicios de atención preventiva 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 \$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 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 .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite Search for a provider State of GA benefits by UnitedHealthcare (Busque un proveedor Beneficios de UnitedHealthcare en el estado de	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.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política en

www.shbp.georgia.gov.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	Georgia) o llame al 1-888364-6352 para obtener una lista de proveedores de la red .	
¿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	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Hay límites para las visitas por obesidad infantil. Visitas virtuales y telesalud: 30 % de coseguro, sin deducible
	Visita con un especialista	30 % de coseguro después del deducible	50 % 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 .
Si usted se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa para los estudios del sueño o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido.
	Diagnósticos por imágenes (tomografía computarizada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], imagen por resonancia magnética [IRM])	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca preferida (nivel 1)	30 % de coseguro después del deducible **	El mismo coseguro para la red , pero basado en el monto permitido.	Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas.

* 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)	
Más información sobre cobertura de medicamentos con receta disponible en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	30 % de coseguro después del deducible **	Debe pagar de su bolsillo y presentar una reclamación impresa para el reembolso. El plan le hará un reembolso con base en el monto permitido para las farmacias de la red .	Los medicamentos de mantenimiento pueden surtirse para un máximo de 90 días (farmacia minorista o pedido por correo). ** Para los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos genéricos de mantenimiento, no tiene que alcanzar el deducible antes de que comience la cobertura. Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que necesitan autorización previa o que tienen otros límites.
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	30 % de coseguro después del deducible **		
	Medicamentos especializados	30 % de coseguro después del deducible		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	30 % de coseguro después del deducible	50 % 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	30 % de coseguro después del deducible	30 % 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	30 % de coseguro después del deducible	30 % de coseguro después del deducible	---Ninguna---
	Atención de urgencia	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	---Ninguna---
Si tiene que permanecer en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes de cirugía. Puede ser necesaria una autorización previa .
Si necesita servicios	Servicios ambulatorios	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. Las pruebas neuropsicológicas no necesitan 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)	
de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios de hospitalización	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. Las pruebas neuropsicológicas no necesitan autorización previa . Cargos profesionales para pacientes hospitalizados limitados a 1 visita por día combinado autorizado/año calendario.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30 % de coseguro después del deducible	50 % 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	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	
	Servicios en un centro de parto/alumbramiento	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	
	Atención médica a domicilio	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. 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	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Las visitas para enseñanza de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación indicado previamente.

* 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)	
	Atención de enfermería especializada	30 % de coseguro después del deducible	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. Puede ser necesaria una autorización previa .
	Equipo médico duradero	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulado) que cuesten más de \$1,000 por dispositivo.
	Servicios de cuidados paliativos	30 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se necesita una autorización previa solo para hospitalizaciones por cuidados paliativos o el beneficio se reduce en un 50 % de lo permitido. 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
- 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/; 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, incluida 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 UnitedHealthcare para apelar la denegación de cobertura de reclamaciones de gastos médicos llamando al 1-888 364-6352. 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. Sus documentos del [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 1-888-364-6352

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

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

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](#) \$3,500
- [Especialista copago](#) 30 %
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30 %
- Otro [coseguro](#) 30 %

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

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](#) \$3,500
- [Especialista copago](#) 30 %
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30 %
- Otro [coseguro](#) 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 (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo **\$5400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$570
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$4,070

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$3,500
- [Especialista copago](#) 0
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30 %
- Otro [coseguro](#) 30 %

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	\$1900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1900

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