




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 1-888-364-6352. 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 1-888-364-6352 para solicitar una copia impresa.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores de la red : \$1,300 usted, \$1,950 usted + cónyuge o hijos, \$2,600 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : Sin cobertura	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 \$4,000 usted/ \$6,500 usted + cónyuge o hijos/ \$9,000 usted + familia; para proveedores fuera de la red : no cubierto.	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 Georgia) o llame al 1-888-364-6352 para obtener una lista 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	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	\$35 de copago /visita	Sin cobertura	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	Visita con un especialista	\$45 de copago /visita	Sin cobertura	Hay límites para las visitas por obesidad infantil.
	Atención preventiva/pruebas de detección / vacunación	Sin cargos	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que su plan pagará.
Si usted se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20 % de coseguro 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 coseguro después del deducible (ambulatorio) Sin cargos (consultorio)	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca preferida (nivel 1)	\$5 de copago /medicamento con receta (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)	El mismo copago que el proveedor de 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. Los medicamentos de mantenimiento pueden surtirse para un máximo de 90 días (farmacia minorista o pedido por correo).

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la política en <https://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)	
<p>Más información sobre cobertura de medicamentos con receta disponible en http://info.caremark.com/shbp</p>	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$55 de copago /medicamento con receta (suministro para 31 días en farmacia minorista y pedido por correo)	Debe pagar de su bolsillo y presentar una reclamación impresa para el reembolso.	Para un suministro de 32 a 62 días, el copago mensual se duplica.
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$95 de copago /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 un proveedor de la red .	Para un suministro de 63 a 90 días de una farmacia de la red que no suministre para 90 días, el copago mensual se triplica.
	Medicamentos especializados	Igual que los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.		Para un suministro de 90 días en una farmacia minorista que suministre para 90 días o a través de pedido por correo, el copago mensual se multiplica por 2.5.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	---Ninguna---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$200 de copago /visita	\$200 de copago /visita	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 . Si lo ingresan, el copago se exonera.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargos	Sin cargos	---Ninguna---
	Atención de urgencia	\$35 de copago /visita	Sin cobertura	---Ninguna---
Si tiene que permanecer en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de coseguro 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)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargos	Sin cobertura	---Ninguna---
	Servicios de hospitalización	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Se necesita una autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargos después de la visita inicial \$35 de copago /visita (médico de atención primaria [Primary Care Physician, PCP]) \$45 de copago /visita (especialista)	Sin cobertura	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	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Puede ser necesaria una autorización previa .
	Servicios en un centro de parto/alumbramiento	20 % de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Aplica para los centros de hospitalización. 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	Sin cargos	Sin cobertura	Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se necesita una autorización previa para atención médica domiciliaria.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago /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 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 .

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)	
				en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio
	Servicios de enseñanza de habilidades	\$25 de copago /visita	Sin cobertura	Las visitas para enseñanza de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación indicado previamente.
	Atención de enfermería especializada	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.
	Equipo médico duradero	Sin cargos	Sin cobertura	Se necesita una autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulado) que cuesten más de \$1,000 por dispositivo.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargos	Sin cobertura	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	Cobertura limitada a un 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 | • Tratamiento para la infertilidad | • Servicio privado de enfermería |
| • Cirugía estética | • Atención médica prolongada | • Cuidado de rutina para los pies |
| • Cuidado dental (adultos) | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. | • 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, 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 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. 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 1-888-364-6352.

—————*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 [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	\$1,300
■ Especialista copago	\$45
■ Hospital (centro) coseguro	20 %
■ Otro coseguro	20 %

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	\$1,300
■ Especialista copago	\$45
■ Hospital (centro) coseguro	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$1,300
■ Especialista copago	\$45
■ Hospital (centro) coseguro	20 %
■ Otro coseguro	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*)

Costo total del ejemplo	\$7,540
--------------------------------	----------------

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
--------------------------------	----------------

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, Peg pagaría:

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

* 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.