



El documento de 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 los términos completos de la cobertura, 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](#), [coaseguro](#), [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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> : <b>\$1,300</b> usted <b>\$1,950</b> usted + cónyuge o hijos <b>\$2,600</b> usted + familia. Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : No está cubierto	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 en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de 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. La <a href="#">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="#">coaseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos 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> <b>\$4,000</b> usted <b>\$6,500</b> usted + cónyuge o hijos/ <b>\$9,000</b> usted + familia; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : no está cubierto.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted 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 alcanzar 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="#">Copagos</a> para ciertos servicios, <a href="#">primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> cargos y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque 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. Consulte <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 un proveedor de la <a href="#">red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> en la red <a href="#">del plan</a> . 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 del 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> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿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 necesidad de una <a href="#">remisión</a> .

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



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de que haya alcanzado su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
<b>Si acude al consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o a una clínica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio	No está cubierto	Hay límites para las visitas de obesidad infantil.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Hay límites para las visitas de obesidad infantil.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> / vacunas	Sin cargos	No está cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se hace exámenes</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía o análisis de sangre)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible (paciente ambulatorio). No hay cargos (consultorio)	No está cubierto	No se cobran cargos por pruebas de diagnóstico en un laboratorio independiente.
	Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible (ambulatorio) No hay cargos (consultorio)	No está cubierto	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Puede obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://info.caremark.com/shbp">http://info.caremark.com/shbp</a>	Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferida seleccionados (nivel 1)	\$20 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (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. El plan le hará un reembolso según el monto permitido para una <a href="#">farmacia de la red</a> .	Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento se pueden surtir para un suministro de hasta 90 días (venta minorista o entrega a domicilio).  Para el suministro de 32 a 62 días, el <a href="#">copago</a> mensual se duplica.  Para el suministro de 63 a 90 días de una farmacia de la red que no sea de 90 días, el <a href="#">copago</a> mensual se triplica.  Suministro de 90 días en una farmacia minorista de suministro de 90 días o mediante entrega a domicilio, el <a href="#">copago</a> mensual se multiplica por 2.5.  El copago de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de bolsillo.
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	\$50 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (minorista y pedido por correo)		
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	\$90 de <a href="#">copago</a> /medicamentos con receta (minorista y pedido por correo)		
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Igual que los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.		

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
				Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que requieren <a href="#">autorización previa</a> o que tienen otros límites.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	---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 requiere <a href="#">autorización previa</a> en el plazo de 1 día laborable o tan pronto como sea posible, si ingresa en un hospital fuera de la <a href="#">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</a> /visita	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	0 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Sin cargo	No está cubierto	---Ninguna---
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	---Ninguna---
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al médico	No hay cargos después de la visita inicial \$35 de <a href="#">copago</a> /visita (PCP) \$45 de <a href="#">copago</a> /visita (SPC)	No está cubierto	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio se puede aplicar un <a href="#">coaseguro</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios de centros de parto/alumbramiento	20 % de <a href="#">coaseguro</a> después del deducible	No está cubierto	Se aplica a centros para pacientes hospitalizados. Otros costos compartidos pueden aplicarse según los servicios prestados. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	Sin cargos	No está cubierto	Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para atención médica a domicilio.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Hay un beneficio máximo de 40 sesiones por terapia en un año de beneficios (fisioterapia y terapias ocupacional, del habla, de rehabilitación cardíaca o de rehabilitación pulmonar). Los límites NO aplican a las afecciones de la salud mental. Para la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla se requiere <a href="#">autorización previa</a> para los niños solo después de 40 sesiones. Los límites NO aplican a las afecciones de la salud mental. Los servicios prestados por una agencia de atención médica a domicilio NO están sujetos a la limitación de 40 visitas cuando se realizan en el hogar. Si se realiza en el hogar, se aplica el beneficio de atención médica a domicilio.
	<a href="#">Servicios de recuperación de habilidades</a>	\$25 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Las visitas de recuperación de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación mencionado anteriormente.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargos	No está cubierto	Centro de enfermería especializada: 120 días por año calendario. No hay limitaciones de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargos	No está cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados terminales</a>	Sin cargos	No está cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . 8 visitas de duelo por año calendario.
<b>Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargos	No está cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Revisión dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a> generalmente NO cubre (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 para perder peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de enfermería privado</li> <li>• Cuidado de rutina para los pies</li> </ul>	
<b>Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a>).</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados oftalmológicos de rutina (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> </ul>

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: departamento de seguros de su estado, Departamento de Seguros de Georgia por el 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. por el 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, incluida la compra de una cobertura de 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 quejas y apelaciones:** hay agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Debe comunicarse directamente con Anthem Blue Cross and Blue Shield para apelar la denegación de cobertura por reclamaciones médicas llamando al 1-855-641-4862. Para apelaciones relacionadas con créditos de incentivos de bienestar, comuníquese con Sharecare al 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 por el 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 proporcionan 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](#) generalmente 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 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](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**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 muestra, 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 [coaseguro](#)) y en los [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 en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) total del [plan](#) es de \$1,300
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) 20 %
- Otro [coaseguro](#) 20 %

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de centros para parto/alumbramiento Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*) Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total de ejemplo \$7,540**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

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

**Manejo de la diabetes tipo 2 de Jo**

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) total del [plan](#) es de \$1,300
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) 20 %
- Otro [coaseguro](#) 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 (*medidor de glucosa*)

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

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

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

**La fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) es de \$1,300
- [Copago de especialista](#) \$45
- Hospital (centro) [coaseguro](#) 20 %
- Otro [coaseguro](#) 20 %

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

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

**Costo total de ejemplo \$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$270</b>