



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 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 deducible total?	Para proveedores de la red : \$1,500 usted \$2,250 usted + cónyuge o hijos \$3,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$3,000 usted \$4,500 usted + cónyuge o hijos \$6,000 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 en el plan , cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de 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. La atención preventiva y los servicios de atención primaria 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 coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos 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 \$6,000 usted + cónyuge o hijos \$8,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : \$8,000 usted \$12,000 usted + cónyuge o hijos \$16,000 usted + familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo total de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Copagos para ciertos servicios, primas , facturación de saldo cargos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.anthem.com/shbp o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza un proveedor de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una remisión para que lo atienda un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista que elija sin necesidad de una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro son calculados después de que haya alcanzado su [deducible](#), si aplicase 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)	
Si acude al consultorio de un proveedor de atención médica o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Hay límites para las visitas de obesidad infantil.
	Visita al especialista	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Hay límites para las visitas de obesidad infantil.
	Atención preventiva/pruebas de detección / vacunas	Sin cargos	No está cubierto	Los servicios cubiertos deben estar correctamente codificados como preventivos y los debe proporcionar un proveedor de la red . No se cobran cargos por los servicios de radiólogo y anesestesiólogo en el hospital proporcionados por un proveedor fuera de la red en un centro de la red y debidamente codificados como atención preventiva para proveedores fuera de la red .
Si se hace exámenes	Prueba diagnóstica (radiografía o análisis de sangre)	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	---Ninguna---
	Valoraciones por imágenes (TC/TEP o IRM)	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferida seleccionados (nivel 1)	15 % de coaseguro , con \$20 mín./\$50 máx. (suministro para 31 días)	Mismo coaseguro y mín./máx. que 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. 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 mín./máx. mensual se duplica.
	Medicamentos de marca preferida (nivel 2)	25 % de coaseguro con \$50 mín./\$80 máx. (suministro para 31 días)	Debe pagar de su bolsillo y presentar una reclamación impresa para el reembolso.	
	Medicamentos de marca no preferida (nivel 3)	25 % de coaseguro con \$80 mín./\$125 máx. (suministro para 31 días)		

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)	
	Medicamentos de especialidad	Igual que los medicamentos de los niveles 1, 2 y 3, según corresponda.	El plan le hará un reembolso según el monto permitido para las farmacias de la red .	<p>Para el suministro de 63 días o más en una farmacia minorista de la red que no sea de 90 días, el coaseguro mensual se triplica.</p> <p>Suministro de 63 o más días a través de entrega a domicilio, o 90 días en una farmacia minorista de la red, el mín./máx. mensual se multiplica por 2.5.</p> <p>El coaseguro de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de bolsillo. Consulte en los documentos del plan la lista de medicamentos que requieren autorización previa o que tienen otros límites.</p>
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes de cirugía. Es posible que se requiera autorización previa .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	15 % de coaseguro después del deducible	15 % de coaseguro después del deducible	Se requiere autorización previa en el plazo de 1 día laborable, o tan pronto como sea posible, si ingresa en un hospital fuera de la red .
	Transporte médico de emergencia	15 % de coaseguro después del deducible	15 % de coaseguro después del deducible	---Ninguna---
	Atención de urgencia	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	---Ninguna---
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Se requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos, como asistentes de cirugía. Es posible que se requiera autorización previa .

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)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	No obtener la autorización previa puede ocasionar falta de cobertura o reducción de beneficios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	No obtener la autorización previa puede ocasionar falta de cobertura o reducción de beneficios.
Si está embarazada	Visitas al médico	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicio se puede aplicar un coaseguro . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa .
	Servicios de centros de parto/alumbramiento	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Se aplica a centros para pacientes hospitalizados. Se pueden aplicar otros costos de acuerdo a los servicios proporcionados. Es posible que se requiera autorización previa .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	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 autorización previa 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.
	Servicios de recuperación de habilidades	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Las visitas de recuperación de habilidades cuentan para el máximo de visitas de rehabilitación mencionado anteriormente.
	Atención de enfermería especializada	15 % de coaseguro después del deducible	No está cubierto	La cobertura del centro de enfermería especializada está limitada a 120 días por año calendario. Es posible que se requiera autorización previa .
	Equipo médico duradero	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa .

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

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)	
	Servicios de cuidados terminales	15 % de coaseguro después del deducible	40 % de coaseguro después del deducible	Es posible que se requiera autorización previa . 8 visitas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	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:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía estética • Programas para perder peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (adultos) • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privado • Cuidado de rutina para los pies
Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados oftalmológicos de rutina (adultos)

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/; 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. 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 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. 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 \$2,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 15 %
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) 15 %
- Otro [\[gastos compartidos\]](#) 15 %

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	\$1,500
Copagos	\$0
Coaseguro	\$,906
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2,406

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 \$2,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 15 %
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) 15 %
- Otro [\[gastos compartidos\]](#) 15 %

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	\$1,500
Copagos	\$0
Coaseguro	\$585
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,085

* 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 \$2,500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 15 %
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) 15 %
- Otro [\[gastos compartidos\]](#) 15 %

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	\$1,500
Copagos	\$0
Coaseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,560