



El Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo el [plan](#) y usted compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [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 de cobertura completos, visite [www.shbp.georgia.gov](http://www.shbp.georgia.gov) o llame al 1-855-641-4862. Consulte en el glosario las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamando al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	Con <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : <b>\$2,500</b> usted   <b>\$3,750</b> usted + cónyuge o hijos   <b>\$5,000</b> usted + familia. Con <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : <b>\$5,000</b> usted   <b>\$7,500</b> usted + cónyuge o hijos   <b>\$10,000</b> usted + familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta cubrir el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si otros familiares son parte del <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos por <a href="#">deducible</a> pagado por todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y 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 usted aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <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 algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> para este plan?	Con <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : <b>\$6,000</b> usted   <b>\$9,000</b> usted + cónyuge o hijos   <b>\$12,000</b> usted + familia. Con <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : <b>\$12,000</b> usted   <b>\$18,000</b> usted + cónyuge o hijos   <b>\$24,000</b> usted + familia	El <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> es la mayor cantidad que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros familiares son parte de este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus <a href="#">límites de gastos de su bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> ?	<a href="#">Copagos</a> para ciertos servicios, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no suman al <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.anthem.com/shbp">www.anthem.com/shbp</a> o llame al 1-855-641-4862 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una red de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted 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 del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.

¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para acudir a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin una <a href="#">remisión</a> .
--	-----	---

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla aplican después de que se haya alcanzado el [deducible](#), de haber alguno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude al consultorio o a la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Existen límites para consultas por obesidad infantil.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Existen límites para consultas por obesidad infantil.
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección</a> /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Los servicios cubiertos deben estar debidamente codificados como preventivos y los debe prestar un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . No aplican cargos por radiólogos dentro de hospitales ni por servicios de un anesestesiólogo prestados por un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> en un centro de la <a href="#">red</a> , que estén debidamente codificados como atención preventiva para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	--Ninguna--
	Imagenología (tomografía computarizada, estudios PET, resonancia magnética)	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de</a>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	<a href="#">Coseguro</a> de 15%, con mín. \$20/máx. \$50 (suministro para 31 días)	Mismo <a href="#">coseguro</a> y mín./máx. que en la <a href="#">red</a> , pero con base en el monto autorizado.	En el caso de medicamentos que no sean de mantenimiento, existe un límite de un suministro de 31 días en farmacias minoristas. Se puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento (en farmacias minoristas o mediante entregas a domicilio).  Suministro para 32 a 62 días: los límites mínimo y máximo mensuales se duplican.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	<a href="#">Coseguro</a> de 25%, con mín. \$50/máx. \$80 (suministro para 31 días)	Usted debe pagar de su bolsillo y entregar una solicitud de reembolso.	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	<a href="#">Coseguro</a> de 25%, con mín. \$80/máx. \$125 (suministro para 31 días)	El plan le hará el reembolso con base en el monto	

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

<p><a href="http://info.caremark.com/shbp">medicamentos con receta</a> en <a href="http://info.caremark.com/shbp">http://info.caremark.com/shbp</a></p>	<p><a href="#">Medicamentos especializados</a> (nivel 4)</p>	<p>Igual que los medicamentos genéricos, de marca preferida y no preferida, según corresponda.</p>	<p>autorizado para las farmacias de la <a href="#">red</a>.</p>	<p>Suministro para 63 días o más en una farmacia minorista de la <a href="#">red</a> para suministros distintos a 90 días: el <a href="#">coseguro</a> mensual se triplica.</p> <p>Suministro para 63 días o más mediante entrega a domicilio o una farmacia minorista de la <a href="#">red</a> para suministros de 90 días: los límites mínimo y máximo mensuales se multiplican por 2.5.</p> <p>El coseguro para farmacias no aplica para el deducible; sin embargo, sí aplica para el límite de gastos de su bolsillo.</p> <p>Consulte los documentos del plan para obtener una lista de medicamentos que requieren <a href="#">autorización previa</a> o tienen otras limitaciones.</p>
<p><b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b></p>	<p>Cargos por las instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</p>
	<p>Honorarios del médico/cirujano</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en cirugías. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</p>
<p><b>Si necesita atención médica inmediata</b></p>	<p><a href="#">Atención en la sala de emergencias</a></p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p>La <a href="#">autorización previa</a> se requiere en 1 día hábil, o tan pronto como sea posible, si usted es ingresado en un hospital fuera de la <a href="#">red</a>.</p>
	<p><a href="#">Transporte médico de emergencia</a></p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p>--Ninguna--</p>
	<p><a href="#">Atención de urgencia</a></p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>--Ninguna--</p>
<p><b>Si lo hospitalizan</b></p>	<p>Cargos por las instalaciones (p. ej., habitación de hospital)</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>Se requiere <a href="#">autorización previa</a>.</p>
	<p>Honorarios del médico/cirujano</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en cirugías. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a>.</p>
<p><b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias</b></p>	<p>Servicios ambulatorios</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>No obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede ocasionar la pérdida de la cobertura o la reducción de beneficios.</p>
	<p>Servicios de hospitalización</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible</p>	<p><a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible</p>	<p>No obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede ocasionar la pérdida de la cobertura o la reducción de beneficios.</p>

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

<b>Si está embarazada</b>	Consultas	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Podría aplicar un <a href="#">coseguro</a> dependiendo del tipo de servicios. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en el resto del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios de instalaciones para el parto	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Aplica para centros de hospitalización. Podrían aplicar otros costos compartidos dependiendo de los servicios prestados. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Existe un beneficio máximo de 40 consultas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional, del habla, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar). Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para fisioterapia para niños solo después de 40 consultas. La limitación de 40 consultas NO aplica para servicios prestados por una agencia de atención médica en el hogar cuando se lleven a cabo en el hogar. En tal caso, aplica el beneficio de atención médica en el hogar.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Las consultas de habilitación se incluyen al calcular el máximo de consultas de rehabilitación indicado arriba.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	Sin cobertura	La cobertura en centros de enfermería especializada se limita a 120 días por año calendario. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	<a href="#">Coseguro</a> de 25% después del deducible	<a href="#">Coseguro</a> de 40% después del deducible	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . 8 visitas por duelo por año calendario.
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Sin cobertura	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Chequeo odontológico pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para obtener más información y una lista con otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (adultos)
- Tratamiento de fertilidad
- Cuidados prolongados
- Servicio de enfermería privada
- Atención podológica de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Servicios que no sean de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que la misma termine. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: departamento de seguros de su estado, Departamento de Seguros de Georgia (Georgia Department of Insurance) a través del 1-800-656-2298 o [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 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Otras opciones de cobertura también podrían estar disponibles para usted, incluida la adquisición de cobertura individual a través del [mercado de seguros](#) de salud. Para obtener más información sobre el [mercado de seguros](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a la continuidad de su cobertura, comuníquese con el plan a través del 1-800-610-1863.

**Sus derechos a presentar quejas o apelaciones:** hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha [reclamación](#) médica. Debe contactar a Anthem Blue Cross and Blue Shield directamente para apelar la denegación de cobertura por reclamaciones médicas llamando al 1-855-641-4862. En el caso de apelaciones relacionadas con créditos para incentivar el bienestar, comuníquese con Sharecare a través del 1-888-616-6411. Para preguntas acerca de su elegibilidad, derechos, este aviso, o para obtener asistencia, puede contactar a: Servicios al Miembro del Plan Estatal de Beneficios de Salud al 1-800-610-1863 o acceder a 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 ante su [plan](#) una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) por cualquier motivo.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica dicho mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría ser elegible para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [mercado de seguros](#).

### Servicios de accesibilidad en otro idioma:

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 hipotética, consulte la próxima sección.*—————

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes, en función de la atención que reciba, los precios que facturen sus [proveedores](#) y varios otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) de este [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con distintos [planes](#) médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

(9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El **deducible** general del [plan](#) **\$2500**
- **Especialista** [*costo compartido*] **25%**
- Hospital (instalaciones) [*costo compartido*] **25%**
- Otro [*costo compartido*] **25%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Consultas con especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto  
 Servicios de instalaciones para el parto  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con especialista (*anestesia*)

**Costo total hipotético** **\$7,540**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2500
Copagos	\$0
Coseguro	\$1260
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,760</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención rutinaria en la red de una enfermedad bien controlada)

- El **deducible** general del [plan](#) **\$2500**
- **Especialista** [*costo compartido*] **25%**
- Hospital (instalaciones) [*costo compartido*] **25%**
- Otro [*costo compartido*] **25%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Consultas con el médico de atención primaria (*incluye sesiones educativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados\*  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total hipotético** **\$5,400**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2500
Copagos	\$0
Coseguro	\$725
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,255</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El **deducible** general del [plan](#) **\$2500**
- **Especialista** [*costo compartido*] **25%**
- Hospital (instalaciones) [*costo compartido*] **25%**
- Otro [*costo compartido*] **25%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total hipotético** **\$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>

\*CVS caremark paga las recetas de conformidad con el beneficio de farmacia