

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? **Cobertura para:** usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | **Tipo de plan:** HRA



Esto es solo un resumen. Si desea obtener información más detallada acerca de su cobertura y los costos, puede ver las condiciones completas en el documento de la póliza o plan en <http://dch.georgia.gov/shbp-plan-documents> o llamando al 1-855-641-4862.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué esto es importante?
¿Cuál es el deducible general?	<u>Proveedores de la red:</u> \$1,500 usted \$2,250 usted + cónyuge o hijo(s) \$3,000 usted + su familia <u>Proveedores fuera de la red:</u> \$3,000 usted \$4,500 usted + cónyuge o hijo(s) \$6,000 usted + su familia	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise su documento de la póliza o plan para constatar cuándo se reinicia el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la gráfica que empieza en la página 2 para obtener información acerca de cuánto deberá pagar por los servicios cubiertos luego de haber cumplido con el deducible .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita cumplir con ningún deducible para servicios específicos, pero consulte la gráfica que empieza en la página 2 para otros costos por servicios que son cubiertos por este plan.
¿Existe un límite de gastos de mi bolsillo en mis pagos?	Sí. <u>Proveedores de la red:</u> \$4,000 usted \$6,000 usted + cónyuge o hijo(s) \$8,000 usted + su familia <u>Proveedores fuera de la red:</u> \$8,000 usted \$12,000 usted + cónyuge o hijo(s) \$16,000 usted + su familia	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (por lo general, un año) por su porción del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de mi bolsillo ?	Primas, cargos por facturaciones del saldo y cuidados médicos que no estén cubiertos por este plan.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .
¿Utiliza este plan una red de proveedores ?	Sí. Para ver la lista de los Proveedores de la red , visite www.bcbsga.com/shbp o llame al 1-855-641-4862.	Si utiliza un médico de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará alguno o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término de la red, preferido o participante para proveedores de su red . Consulte la gráfica que empieza en la página 2 para obtener información acerca de cómo paga este plan a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista de su elección sin permiso de este plan.
¿Existen servicios que no son cubiertos por este plan?	Sí.	En la página 5 encontrará enumerados algunos de los servicios que no están cubiertos por este plan. Consulte el documento de su póliza o plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos .

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? Cobertura para: usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | Tipo de plan: HRA



- Los **copagos** son los montos fijados en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, por lo general cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es *su* porción de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan por una noche en el hospital es de \$1,000, su pago por **coseguro** de 20% sería \$200. Esto puede cambiar si usted no ha cumplido su **deducible**.
- La cantidad que paga el plan por servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad permitida**, podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de estadía y la **cantidad permitida** es \$1,000, podría tener que pagar los \$500 de diferencia (esto se denomina **facturación del saldo**).
- Este plan lo alienta a utilizar **proveedores** de la red a través del cobro de cantidades menores por **deducibles, copagos y coseguros**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta de cuidados primarios para tratar una lesión o enfermedad	15% coseguro	40% coseguro	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Consulta con un especialista	15% coseguro	40% coseguro	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Visita a otro consultorio médico	15% coseguro	40% coseguro	La cobertura para el quiropráctico está limitada a 20 consultas por período de beneficio. Nutricionistas registrados- existen límites de consultas. También se requiere autorización previa para los beneficios proporcionados para Análisis Conductual Aplicado (límite anual de \$35,000; cubierto hasta los 10 años de edad).
	Inmunización/examen/cuidado preventivo	Sin cobro	Sin cobertura	Los servicios cubiertos deben estar codificados adecuadamente como preventivos y ser proporcionados por un proveedor de la red. No hay cargos por los servicios de radiología o anestesiología en un hospital que hayan sido proporcionados por un proveedor fuera de la red, en una instalación de la red, y que hayan estado codificados como cuidado preventivo de proveedores fuera de la red.
Si tiene una prueba	De diagnóstico (rayos x, sanguínea)	Laboratorio – consultorio 15% coseguro Rayos X – consultorio 15% coseguro	Laboratorio – consultorio 40% coseguro Rayos X – consultorio 40% coseguro	---Ninguno---

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? Cobertura para: usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | Tipo de plan: HRA

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si tiene una prueba (continuación)	Escaneo (CT/PET, resonancia magnética)	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener mayor información acerca de la cobertura de medicamentos por prescripción , visite www.express-scripts.com/georgiaSHBP	Medicamentos genéricos	15% coseguro, con \$20 mín./\$50 máx. (suministro de 31 días)	El mismo coseguro y mín./máx. que para los de la red, pero basados en la cantidad permitida.	Para los medicamentos de no mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias de venta al por menor. Los medicamentos de mantenimiento pueden despacharse para un suministro de hasta 90 días (al por menor o entrega en casa). Para un suministro de 32 – 62 días – se duplica el mín./máx. mensual. Para un suministro de 63 días o más en una farmacia no minorista de la red de 90 días, el copago mensual se triplica. Para un suministro de 63 días o más a través de entrega en casa o farmacia minorista de la red de 90 días, se multiplica el mín./máx. mensual por 2.5. Consulte los documentos del plan para obtener la lista de los medicamentos que requieren autorización previa o tienen otras limitaciones.
	Medicamentos de marcas preferidas	25% coseguro, \$50 mín./\$80 máx. (suministro de 31 días)		
	Medicamentos de marcas no preferidas	25% coseguro, \$80 mín./\$125 máx. (suministro de 31 días)	Debe pagar gastos de su bolsillo y pedir su reembolso por escrito.	
	Medicamentos especiales	El mismo de los medicamentos genéricos y de marcas preferidas y no preferidas, según aplique	El plan le reembolsará de acuerdo con la cantidad permitida para las farmacias de la red.	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del lugar (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	15% coseguro	40% coseguro	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en una cirugía. Se puede requerir autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencias	15% coseguro	15% coseguro	Se requiere autorización previa en 1 día hábil o tan pronto como sea posible si es ingresado en un hospital que no pertenece a la red.
	Transporte médico de emergencia	15% coseguro	15% coseguro	---Ninguno---
	Atención urgente	15% coseguro	40% coseguro	---Ninguno---

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? **Cobertura para:** usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | **Tipo de plan:** HRA

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del lugar (por ejemplo, cuarto de hospital)	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	15% coseguro	40% coseguro	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en una cirugía. Se puede requerir autorización previa.
Si tiene necesidades de salud, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	Consulta de salud mental/conductual 15% coseguro Consulta en un centro de salud mental/conductual – Cargos del lugar 15% coseguro	Consulta de salud mental/conductual 40% coseguro Consulta en un centro de salud mental/conductual – Cargos del lugar 40% coseguro	El incumplimiento en la obtención de la autorización previa puede resultar en la no cobertura o la reducción de los beneficios.
	Servicios de hospitalización de salud mental/conductual	15% coseguro	40% coseguro	El incumplimiento en la obtención de la autorización previa puede resultar en la no cobertura o la reducción de los beneficios.
	Servicios ambulatorios de trastorno por uso de sustancias	Consulta por abuso de sustancias 15% coseguro Consulta en un centro de abuso de sustancias – Cargos del lugar 15% coseguro	Consulta por abuso de sustancias 40% coseguro Consulta en un centro de abuso de sustancias – Cargos del lugar 40% coseguro	El incumplimiento en la obtención de la autorización previa puede resultar en la no cobertura o la reducción de los beneficios.
	Servicios de hospitalización por trastorno por uso de sustancias	15% coseguro	40% coseguro	El incumplimiento en la obtención de la autorización previa puede resultar en la no cobertura o la reducción de los beneficios.
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	15% coseguro	40% coseguro	Los cargos por el parto son parte del cuidado prenatal y postnatal. Se puede requerir autorización previa.
	Parto y todos los servicios de hospitalización	15% coseguro	40% coseguro	Aplica para centros de hospitalización. Pueden aplicar otros costos compartidos dependiendo de los servicios proporcionados. Se puede requerir autorización previa.

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? **Cobertura para:** usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | **Tipo de plan:** HRA

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en casa	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	15% coseguro	40% coseguro	Existe un máximo de beneficio de 40 consultas por terapia en un año de beneficio (rehabilitación física, ocupacional, del habla, cardíaca, pulmonar). Terapia física - Se requiere autorización previa para los niños solo después de 40 consultas. Los servicios suministrados por una agencia de atención médica en casa NO están sujetos a limitaciones de 40 consultas cuando se realizan en el hogar. El beneficio de atención médica en casa aplica si se realiza en el hogar.
	Servicios de habilitación	15% coseguro	40% coseguro	Las consultas de habilitación cuentan en su límite de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	15% coseguro	Sin cobertura	La cobertura está limitada a 120 días por período de beneficio para servicios en la institución. Se puede requerir autorización previa.
	Equipos médicos duraderos	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios de hospicio	15% coseguro	40% coseguro	Se puede requerir autorización previa. 8 consultas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen oftalmológico	Sin cobro	Sin cobertura	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguno---
	Revisión odontológica	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguno---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios NO cubiertos por su plan (esta no es una lista completa. Revise su documento de la póliza o plan para obtener información acerca de otros servicios excluidos).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica (excepto para el programa bariátrico piloto) • Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica (adulto) • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidados de rutina de pies • Programas de pérdida de peso |
|--|---|--|

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: ¿qué cubre este plan? ¿Cuánto cuesta? **Cobertura para:** usted, usted y su cónyuge o hijo(s), usted y su familia | **Tipo de plan:** HRA

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Revise su documento de la póliza o plan para obtener información acerca de otros servicios cubiertos y sus costos).

- Atención quiropráctica (pueden aplicar limitaciones)
- Atención de no emergencia cuando viaje al exterior
- Atención oftalmológica de rutina (adulto)
- Ayudas auditivas (pueden aplicar limitaciones)
- de los EE.UU. (pueden aplicar limitaciones)

Sus derechos de continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionarle protecciones que le permitan mantener su cobertura de atención médica. Dichos derechos pueden estar limitados en duración y pueden requerirle que pague una prima significativamente mayor que la prima que paga cuando tiene cobertura de un plan. También pueden aplicar otras limitaciones en sus derechos de continuar con la cobertura.

Para obtener mayor información acerca de sus derechos de continuar con la cobertura, contacte al plan al 1-800-610-1863. También puede contactar a su departamento estatal de seguro, el Departamento de Trabajo de los EE.UU., la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Sus derechos de reclamo y apelaciones:

Si tiene una queja o no se siente satisfecho con un rechazo de cobertura de demandas médicas bajo su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Debe contactar a Blue Cross Blue Shield de Georgia directamente para apelar un rechazo de cobertura de demandas médicas llamando al 1-855-641-4862. Para apelaciones relacionadas con los créditos de incentivo de bienestar, contacte a Healthways, Inc. al 1-888-616-6411. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad, derechos o esta nota o necesita ayuda, puede contactar a los Servicios para Miembros del Plan Estatal de Beneficio de Salud al 1-800-610-1863 u obtener información acerca de las apelaciones de elegibilidad en www.dch.georgia.gov/shbp.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga una cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza sí proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo de beneficios para un plan de salud. El estándar de valor mínimo es de 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de atención médica sí cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-855-641-4862.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la siguiente página.*—————

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Acerca de esta cobertura Ejemplos:

Estos ejemplos muestran cómo este plan puede cubrir atención médica en las situaciones dadas. Utilice estos ejemplos para tener una idea general de cuánta protección financiera puede obtener un paciente si está cubierto bajo diferentes planes.



Esto no es un estimador de costos.

No utilice estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo este plan. La atención real que reciba será diferente a estos ejemplos y el costo también será diferente.

Consulte la página siguiente para obtener información importante acerca de estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad debida a los proveedores: \$7,540
- El plan paga: \$5,140
- El paciente paga: \$2,400

Costos muestra de atención:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Prescripciones*	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros cuidados preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducible	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$900
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$2,400

*Las prescripciones son pagadas bajo el beneficio de farmacia a través de Express Scripts; sin embargo, su porción de miembro se incluye en este cálculo.

Control de diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad debida a los proveedores: \$5,400
- El plan paga: \$4,600
- El paciente paga: \$800

Costos muestra de atención:

Prescripciones*	\$2,900
Equipo y suministros médicos*	\$1,300
Consultas y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otros cuidados preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducible	\$800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$800

*El coseguro para las prescripciones, los equipos médicos para diabéticos y los costos de los suministros se paga al 100% - Programa de Exención del Coseguro por Control de Enfermedad.

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos que se pueden extraer de los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los costos muestra de atención están basados en promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y no son específicos para un área geográfica o un plan de salud particular.
- La condición del paciente no era una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos iniciaron y finalizaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos de su bolsillo están basados solo en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** de la red. Si el paciente hubiese recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubiesen sido mayores.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayuda a ver cuáles gastos tendría que cancelar porque el servicio o tratamiento no está cubierto o porque su pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención?

✗ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted recibirá para esta condición puede ser diferente de acuerdo con las sugerencias de su médico, su edad, la seriedad de su condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son estimadores de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Solo son para propósitos comparativos. Sus costos serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios de sus **proveedores** y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando observe el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, revise el cuadro de “el paciente paga” en cada ejemplo. Mientras más pequeño sea ese número, mayor será la cobertura que proporciona el plan.

¿Existen otros costos que debo considerar cuando compare los planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, mientras menor sea su **prima**, mayor será su pago de gastos de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe considerar las contribuciones a cuentas como de ahorros para gastos médicos (Health Savings Accounts, HSA), de gastos flexibles (Flexible Spending Arrangements, FSA) o de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Accounts, HRA), que le ayudan a pagar los gastos de su bolsillo.

Preguntas: llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.