GEORGIA DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

Plan Estatal de Beneficio de Salud: HMO de Blue Cross y Blue Shield de Georgia

Período de cobertura: 1 ene 2016 - 31 dic 2016

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:** HMO

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?	Proveedor de la red: **$1,300** usted **$1,950** usted + cónyuge o hijo(s) **$2,600** usted + su familia Proveedor fuera de la red: sin cobertura	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 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. Proveedor de la red: **$4,000** usted **$6,500** usted + cónyuge o hijo(s) **$9,000** usted + su familia Proveedor fuera de la red: sin cobertura	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 algunos de los servicios no cubiertos por este plan. Consulte su póliza o plan para obtener información adicional acerca de los **servicios excluidos**.

- 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	$35 copago/consulta	Sin cobertura	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Consulta con un especialista	$45 copago/consulta	Sin cobertura	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Visita a otro consultorio médico	$45 copago/consulta	Sin cobertura	El costo compartido solo aplica para tratamientos de manipulación (quiropráctico). El tratamiento espinal está limitado a 20 consultas por año calendario. 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). Nutricionistas registrados - existen límites de consultas.
	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)	20% coseguro (ambulatoria) Sin cobro (consulta)	Sin cobertura	Sin cargos para laboratorios independientes.

Si tiene una prueba (continuación)	Escaneo (CT/PET, resonancia magnética)	20% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---
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	$20 copago (suministro de 31 días)	El mismo copago que para proveedores de la red, pero basado en la cantidad permitida. Debe pagar gastos de su bolsillo y pedir su reembolso por escrito. El plan le reembolsará de acuerdo con la cantidad permitida para las farmacias de la red.	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 copago mensual. Suministro de 63 – 90 días de una farmacia fuera de la red de 90 días – se triplica el copago mensual. Para un suministro de 90 días en una farmacia minorista de suministro de 90 días o a través de entrega en casa, el copago mensual se multiplica por 2.5. Consulte los documentos del plan para ver la lista de los medicamentos que requieren autorización previa o tienen otras limitaciones
	Medicamentos de marcas preferidas	$50 copago (suministro de 31 días)		
	Medicamentos de marcas no preferidas	$90 copago (suministro de 31 días)		
	Medicamentos especiales	El mismo de los medicamentos genéricos y de marcas preferidas y no preferidas, según aplique		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del lugar (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencias	$150 copago/consulta	$150 copago/consulta	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. Exención de copago si se acepta.
	Transporte médico de emergencia	Sin cobro	Sin cobro	---Ninguno---
	Atención urgente	$35 copago/consulta	Sin cobertura	---Ninguno---
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del lugar (por ejemplo, cuarto de hospital)	20% coseguro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	0% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---

Si tiene necesidades de salud, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	$35 copago/consulta (PCP) $45 copago/consulta (SPC) $10 copago/consulta grupal	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios de hospitalización de salud mental/conductual	20% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios ambulatorios de trastorno por uso de sustancias	$35 copago/consulta (PCP) $45 copago/consulta (SPC) $10 copago/consulta grupal	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios de hospitalización por trastorno por uso de sustancias	20% coseguro	Sin cobertura	---Ninguno---
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	Ningún cargo luego del inicial. $35 copago/consulta (PCP) $45 copago/consulta (SPC)	Sin cobertura	Su costo en esta categoría incluye los honorarios del médico que atendió el parto. El cuidado prenatal de rutina está cubierto sin ningún cargo (excepto el copago inicial).
	Parto y todos los servicios de hospitalización	20% coseguro	Sin cobertura	Su costo solo por servicios de hospitalización. Para obtener información acerca de los honorarios del médico que atendió el parto, consulte el cuidado pre-postnatal.

Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en casa	Sin cobro	Sin cobertura	Una consulta equivale a cuatro horas de servicios de cuidados especializados. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	$25 copago/consulta	Sin cobertura	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	$25 copago/consulta	Sin cobertura	Las consultas de habilitación cuentan en su límite de consultas de rehabilitación, mencionado anteriormente.
	Atención de enfermería especializada	Sin cobro	Sin cobertura	Centro de enfermería especializada, 120 días por año calendario. Sin limitaciones de días para centros de hospitalización por rehabilitación.
	Equipos médicos duraderos	Sin cobro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios de hospicio	Sin cobro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. 8 consultas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen oftalmológico de rutina	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).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (excepto para el programa bariátrico piloto)
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (adulto)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidados de rutina de pies
- Programas de pérdida de peso

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

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 su 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:** $5,565
- **El paciente paga:** $1,975

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:

Deducibles	$1,300
Copagos	$75
Coseguro	$600
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,975**

*Laboratorio ambulatorio.
**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:** $5,310
- **El paciente paga:** $90

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:

Deducibles	$0
Copagos	$90
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$0
Total	**$90**

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

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.