



Esto es solo un resumen. Si desea obtener información más detallada acerca de su cobertura y los costos, puede ver las condiciones completas en la póliza o plan en <http://dch.georgia.gov/shbp-plan-documents> o llamando al 1-855-512-5997.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué esto es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la gráfica que empieza en la página 2 para obtener información acerca de sus costos por los servicios que cubre este plan.
¿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. Proveedores de la red del plan: \$6,350 usted \$12,700 usted + cónyuge o hijo(s) \$12,700 usted + su familia Proveedores 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 beneficios no esenciales de salud cubiertos por este plan, así como los cuidados médicos que no cubre.	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.my.kp.org/SHBP o llame al 1-855-512-5997.	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 ?	Sí. Se requiere una aprobación escrita para consultar a la mayoría de los especialistas.	Este plan pagará alguno o todos los costos de consultar a un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene el permiso del plan antes de consultar a dicho especialista .
¿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 su documento de la póliza o plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos .

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 para solicitar una copia.



- 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 cosegueros**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor del plan (de la red)	Su costo si utiliza un proveedor que no pertenece al plan (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	Si recibe servicios adicionales a una consulta, pueden aplicar copagos.
	Consulta con un especialista	\$45 copago/consulta	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales a una consulta, pueden aplicar copagos.
	Visita a otro consultorio médico	\$45 copago/consulta	Sin cobertura	La cobertura está limitada a 20 consultas por año para los servicios quiroprácticos. 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	La cobertura está limitada a 1 examen por año.
Si tiene una prueba	De diagnóstico (rayos x, sanguínea)	No se cobran los servicios prestados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio independiente con contrato con Kaiser Permanente; \$100 de copago por servicios prestados en un establecimiento hospitalario ambulatorio	Sin cobertura	---Ninguno---

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 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:** HMO

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor del plan (de la red)	Su costo si utiliza un proveedor que no pertenece al plan (fuera de la red)	Limitaciones y excepciones
Si tiene una prueba (continuación)	Escaneo (CT/PET, resonancia magnética)	\$45 de copago por servicios prestados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un centro de imagenología independiente con contrato con Kaiser Permanente; \$100 de copago cuando el escaneo se realiza en un establecimiento hospitalario ambulatorio	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener mayor información acerca de <u>la cobertura de medicamentos por prescripción</u> , visite www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	\$20 de copago por prescripción (minorista); \$50 de copago por prescripción (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (minorista); suministro de 31-90 días (orden por correo). Copago de \$30 por prescripción (farmacias de la red); las farmacias de la red están limitadas a un solo suministro. Sin cobro para los anticonceptivos (sujeto a las normas del formulario).
	Medicamentos de marcas preferidas	\$50 de copago por prescripción (minorista); \$125 de copago por prescripción (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (minorista); suministro de 31-90 días (orden por correo). Copago de \$60 por prescripción (farmacias de la red); las farmacias de la red están limitadas a un solo suministro.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$80 de copago por prescripción (minorista); \$200 de copago por prescripción (orden por correo)	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (minorista); suministro de 31-90 días (orden por correo). Copago de \$90 por prescripción (farmacias de la red); las farmacias de la red están limitadas a un solo suministro.
	Medicamentos especiales	El mismo de los medicamentos genéricos y de marcas preferidas y no preferidas, según aplique	Sin cobertura	Cubre hasta un suministro de 30 días (minorista); suministro de 31-90 días (orden por correo). Copago aplicable por prescripción (farmacias de la red); las farmacias de la red están limitadas a un solo suministro.

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor del plan (de la red)	Su costo si utiliza un proveedor que no pertenece al plan (fuera de la red)	Limitaciones y excepciones
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del lugar (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$100 copago/consulta	Sin cobertura	---Ninguno---
	Tarifas del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del lugar	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencias	\$150 copago/consulta	\$150 copago/consulta	Este costo compartido no aplica si es aceptado directamente para hospitalización para servicios cubiertos (vea si tiene una estadía en hospital por costos compartidos de hospitalización).
	Transporte médico de emergencia	\$100 copago/viaje	\$100 copago/viaje	---Ninguno---
	Atención urgente	\$35 copago/consulta	Sin cobertura	Se cubre la atención urgente de proveedores no participantes solo si se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si recibe servicios adicionales a una consulta, pueden aplicar copagos extra.
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del lugar (por ejemplo, cuarto de hospital)	\$250 copago/admisión	Sin cobertura	---Ninguno---
	Tarifa del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del lugar	Sin cobertura	---Ninguno---
Si tiene necesidades de salud, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	\$35 copago/consulta (individual); \$17 copago/consulta (grupal)	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales a una consulta, pueden aplicar copagos extra.
	Servicios de hospitalización de salud mental/conductual	\$250 copago/admisión	Sin cobertura	---Ninguno---
	Servicios ambulatorios de trastorno por uso de sustancias	\$35 copago/consulta (individual); \$35 copago/consulta (grupal)	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales a una consulta, pueden aplicar copagos extra.
	Servicios de hospitalización por trastorno por uso de sustancias	\$250 copago/admisión	Sin cobertura	---Ninguno---

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 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:** HMO

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor del plan (de la red)	Su costo si utiliza un proveedor que no pertenece al plan (fuera de la red)	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	Sin cobro	Sin cobertura	Luego de la confirmación del embarazo, para la serie normal de consultas de rutina de programación regular, la cobertura está limitada a 1 consulta postnatal.
	Parto y todos los servicios de hospitalización	\$250 copago/admisión	Sin cobertura	---Ninguno---
Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en casa	Sin cobro	Sin cobertura	La cobertura es ilimitada. Enfermería privada sin cobertura.
	Servicios de rehabilitación	\$25 copago/ consulta (ambulatoria); \$250 copago/admisión (hospitalización)	Sin cobertura	La cobertura está limitada a 40 consultas ambulatorias por año por terapia ocupacional, física, del habla. Terapia física - pueden tener cobertura consultas adicionales si se consideran necesarias médicamente.
	Servicios de habilitación	\$25 copago/ consulta (ambulatoria); \$250 copago/admisión (hospitalización)	Sin cobertura	La cobertura está limitada a 40 consultas ambulatorias por año por terapia ocupacional, física, del habla.
	Atención de enfermería especializada	Sin cobro	Sin cobertura	La cobertura está limitada a 120 días por año.
	Equipos médicos duraderos	Sin cobro	Sin cobertura	La cobertura está limitada a los artículos que se encuentran en nuestro formulario DME.
	Servicios de hospicio	Sin cobro	Sin cobertura	---Ninguno---
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	Sin cobertura para lentes.
	Revisión odontológica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura odontológica.

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 de no emergencia cuando viaje al exterior de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Enfermería privada • Cuidados de rutina de pies • Programas de pérdida de peso |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 para solicitar una copia.



Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Vea su 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 oftalmológica de rutina (adulto)

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 usted 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 Kaiser Permanente directamente para apelar un rechazo de cobertura de demandas médicas llamando al 1-855-512-5997 o al Departamento Estatal de Seguro en: Oficina del Comisionado de Bomberos y Seguridad de Georgia, División de Servicios al Consumidor, 2 Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, 1-800-656-2298. 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 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 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 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: \$7,050
- El paciente paga: \$490

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	\$0
Copagos	\$290
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$490

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

- Cantidad debida a los proveedores: \$5,400
- El plan paga: \$3,820
- El paciente paga: \$1,580

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	\$1,500
Coseguro después del deducible	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,580

Preguntas: llame al 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en

www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 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 1-855-512-5997 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llamar al 1-855-512-5997 para solicitar una copia.