



Este es solo un resumen. Si quiere más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener las condiciones completas en la póliza o documento de plan en www.dch.georgia.gov/SHBP o llamando al 1-855-641-4862.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Cuál es el deducible general?	En red: Usted \$1,300 /Usted + Cónyuge \$1,950 /Usted + Hijo(s) \$1,950 /Usted + Familia \$2,600 Fuera de la red: No cubierto/Por año calendario.	Usted debe pagar todos los costes hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar por servicios cubiertos que usted usa. Revise su póliza o documento de plan para ver cuando vuelve a comenzar de cero el deducible (normalmente, pero no siempre, el 1º de enero). Consulte el gráfico que empieza en la página 2 para ver cuánto pagará por los servicios cubiertos después de que cumplan el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir los deducibles para servicios específicos, pero consulte el gráfico que comienza en la página 2 para otros costos por servicios cubiertos por este plan.
¿Hay un límite de desembolso personal (out-of-pocket limit) sobre mis gastos?	Sí, servicio médico en red: Usted \$4,000 /Usted + Cónyuge \$6,500 /Usted + Hijo(s) \$6,500 /Usted + Familia \$9,000 Fuera de la red: No cubierto	El límite de desembolso personal es lo máximo que pagará durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos en salud.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal ?	Primas, cargos por facturación de saldo y atención de salud no cubiertos por este plan.	Incluso aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal .
¿Hay un límite anual total sobre lo que paga el plan?	No.	El gráfico que comienza en la página 2 describe los límites en lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas al consultorio.
¿Este plan usa una red de prestadores ?	Sí. Para una lista de los prestadores de la red , visite www.bcbsga.com/shbp o llame al 1-855-641-4862.	Si usted usa un doctor u otro prestador de salud de la red, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Pero tenga en cuenta que su doctor u hospital de la red pueden usar un prestador fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término en red, preferido o participante para los prestadores en su red . Véase el gráfico que empieza en la página 2 para ver como este plan paga a los diferentes tipos de prestadores .
¿Necesito una derivación para ver un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin tener que pedir permiso a este plan.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se indican en la página 6. Revise su póliza o documento de plan para información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Usted puede ver el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llamar al número de arriba para pedir una copia.



- Los **copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que paga por atención de salud cubierta, normalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es *su* proporción de los costos de un servicio cubierto, calculado como porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para una noche de hospital es \$1,000, su pago de **coseguro** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si no ha llegado a su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **prestador** fuera de red cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una estancia de una noche y la **cantidad permitida** es de \$1,000, es posible que tenga que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **facturación proporcionada**).
- Este plan solo cubre servicios si son prestados por **proveedores** de la red. Las excepciones incluyen servicios de emergencia según se describe en su póliza.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si usted visita la consulta o clínica de un prestador de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago/visita	No cubierto	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita al especialista	\$45 de copago/visita	No cubierto	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita a la consulta de otro profesional	\$45 de copago/visita	No cubierto	La proporción del costo aplica solo para cuidado manipulativo (quiropático). El tratamiento espinal está limitado a 20 visitas por año calendario. También se requiere autorización previa para beneficios proporcionados para Análisis conductual aplicado (límite anual de \$35,000). Dietistas registrados – existen límites a las visitas.
	Cuidado preventivo/detección/inmunización	Sin cargo	No cubierto	Los servicios cubiertos deben estar codificados como preventivos y ser prestados por un proveedor de la red.
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)	20% de coseguro (ambulatorio) Sin cargo (consulta)	No cubierto	Sin cargo por laboratorio independiente.
	Imagenología (exámenes CT[tomografía computarizada]/PET [tomografía por emisión de positrones], MRI	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—

Preguntas: Llame al 855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 855-641-4862 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	[resonancia magnética]			
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.Express-Scripts.com/georgiashbp .	Medicamentos genéricos	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC. Se combinan los gastos de bolsillo médicos y de farmacia.
	Medicamentos de marca preferida	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC. Se combinan los gastos de bolsillo médicos y de farmacia.
	Medicamentos de marca no preferida	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC. Se combinan los gastos de bolsillo médicos y de farmacia.
	Medicamentos especializados	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC.	Vea Pharmacy SBC. Se combinan los gastos de bolsillo médicos y de farmacia.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—
	Honorarios del médico/cirujano	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de emergencia	\$150 de copago/visita	\$150 de copago/visita	Se requiere autorización previa dentro de 1 día laborable, o tan pronto como sea posible, si usted es ingresado en un hospital fuera de la red. Exención de copago si es hospitalizado.
	Transporte de emergencia médica	Sin cargo	Sin cargo	—No tiene—
	Atención de urgencia	\$35 de copago/visita	No cubierto	—No tiene—
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	20% Coseguro	No cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	\$35 de copago/visita (médico atención primaria PCP) \$45 de copago/visita (especialista SPC) \$10 de copago/visita grupal	No cubierto	—No tiene—
	Servicios internos de salud mental/conductual	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—

Preguntas: Llame al 855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 855-641-4862 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Servicios ambulatorios para trastorno de uso de sustancias	\$35 de copago/visita (médico atención primaria PCP) \$45 de copago/visita (especialista SPC) \$10 de copago/visita grupal	No cubierto	—No tiene—
	Servicios internos para trastorno de uso de sustancias	20% Coseguro	No cubierto	—No tiene—
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Sin cargo después de la visita inicial \$35 de copago/visita (médico atención primaria PCP) \$45 de copago/visita (especialista SPC)	No cubierto	Su costo en esta categoría incluye cargos del médico del parto. El cuidado pre-natal está cubierto sin costo (excepto el copago inicial).
	Parto y todos los servicios hospitalarios	20% Coseguro	No cubierto	Su costo solo para servicios intrahospitalarios. Para cargos del médico del parto, ver cuidado pre-natal.

Preguntas: Llame al 855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 855-641-4862 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	Una visita equivale a cuatro horas de servicios de cuidado especializado. Se requiere autorización previa para cuidado domiciliario.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago/visita	No cubierto	Hay un máximo de beneficio de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional, habla, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar). Terapia física – se requiere autorización previa para niños solo después de 40 visitas. Los servicios provistos por una agencia de salud domiciliaria NO están sujetos al límite de 40 visitas si se realizan en el entorno del hogar. Si se realizan en el entorno del hogar, aplica el beneficio de cuidado de salud domiciliario.
	Servicios de habilitación	\$25 de copago/visita	No cubierto	Las visitas de habilitación cuentan para su máximo de visitas de rehabilitación indicado arriba.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. No hay limitaciones de días para un centro de rehabilitación residencial.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulativo) que cuesten más de \$1,000 por dispositivo.
	Servicio de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	8 visitas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen ocular de rutina	Sin cargo	No cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes	No cubierto	No cubierto	—No tiene—
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	—No tiene—

Preguntas: Llame al 855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 855-641-4862 para pedir una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento de plan para otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (excepto por programa piloto bariátrica)
- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adulto)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado regular de pies
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento de plan para otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios).

- Puede aplicar limitaciones al cuidado de quiropráctico
- Pueden aplicar limitaciones a audífonos
- Puede aplicar cuidado no de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Pueden aplicar limitaciones al cuidado ocular de rutina (Adulto)

Sus derechos para continuar la cobertura:

Si usted pierde la cobertura por el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden disponer protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Esos derechos pueden ser de duración limitada y requieren que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente superior que la prima que paga mientras estaba cubierto por el plan. También pueden aplicar otras limitaciones a sus derechos a continuar la cobertura.

Para mayor información sobre sus derechos a cobertura continua, comuníquese con el plan llamando al 1-800-610-1863. También puede ponerse en contacto con su departamento de seguro estatal, la Administración de Beneficios de Seguridad del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) de EE.UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al teléfono 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Sus derechos de queja y apelación:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura para solicitudes de reembolso médico de su plan, es posible que pueda **apelar** o presentar un **reclamo**. Debería comunicarse directamente con Blue Cross Blue Shield of Georgia para apelar la denegación de cobertura para solicitudes de reembolso llamando al 1-855-641-4862. Para preguntas sobre su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede ponerse en contacto con: el teléfono gratuito de información del plan estatal de beneficios de salud (State Health Benefit Plan Call Center) de Healthways, Inc. al número 1-800-610-1863 o acceder a la información sobre apelaciones de elegibilidad a www.dch.georgia.gov/shbp.

Preguntas: Llame al 855-641-4862 o visítenos en www.bcbsga.com/shbp. Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 855-641-4862 para pedir una copia.

¿Proporciona esta cobertura la Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tenga una cobertura de salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza sí entrega la cobertura esencial mínima.**

¿Esta Cobertura cumple el Estándar de valor Mínimo?

La ley de Cuidado de Salud Asequible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es de 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que entrega.**

Servicios de idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-641-4862.

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos para una situación médica de ejemplo, véase la siguiente página.

Sobre estos Ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran como este plan puede cubrir cuidado médico en situaciones específicas. Use estos ejemplos para ver, en general, cuanta protección financiera obtendría el paciente de ejemplo si está cubierto por distintos planes.



Esto no es un calculador de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales según este plan. La atención real que reciba será distinta a la de estos ejemplos, y el costo de ese cuidado también será diferente.

Lea la página siguiente para información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad debida a los prestadores: \$7,540
- El plan paga: \$5,565
- El paciente paga: \$1,975

Costos de atención de ejemplo:

Cargos de hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos de hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio*	\$500
Recetas**	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

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

*Laboratorio ambulatorio

**Las recetas se pagan bajo el beneficio de farmacia a través de Express Scripts, sin embargo la parte del afiliado se incluye en este cálculo.

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

- Cantidad debida a los prestadores: \$5,400
- El plan paga: \$5,310
- El paciente paga: \$90

Costos de atención de ejemplo:

Recetas*	\$2,900
Equipo y suministros médicos*	\$1,300
Visitas a la consulta y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio**	\$100
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

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

*Co-pago para recetas, equipo médico y suministros diabéticos se pagan al 100% - Programa de exención de copago para manejo de enfermedades.

**Laboratorio independiente

Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de los supuestos en los Ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los costos de atención de ejemplo están basados en promedios nacionales informados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica o plan de salud particular.
- La condición del paciente no es una condición excluida o pre-existente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hubo otros gastos médicos para otros miembros cubiertos bajo este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan solo en tratar la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió todo el cuidado de los **prestadores** en la red. Si el paciente hubiera recibido cuidado de **prestadores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra un Ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo los **deducibles**, **copagos** y **coseguros** pueden sumarse. También le ayuda a ver qué gastos pueden quedar para que pague usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El Ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de salud?

- ✗ **No.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos. El cuidado que reciba para esa condición podría ser diferente basado en el consejo de su doctor, su edad, cuán grave sea su condición y muchos otros factores.

¿El Ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son calculadoras de costo. No puede usar los ejemplos para calcular los costos para una enfermedad real. Son solo para fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes dependiendo del cuidado que reciba, los precios que cobren sus **prestadores**, y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo usar los Ejemplos de cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí.** Cuando mire al Resumen de beneficios y cobertura para otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuando menor sea esa cifra, más cobertura ofrece el plan.

¿Hay otros costos que debería considerar al comparar planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, cuanto más baja la **prima**, más pagara en gastos de bolsillo, tales como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debería tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés), sistemas de gasto flexible (FSA) o las cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de bolsillo.