

 **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.my.kp.org/shbp o www.dch.georgia.gov/shbp o llamando al 1-855-512-5997.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea la tabla que empieza en la página 2 para los costos de servicios que cubre este plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> 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 <u>límite de desembolso personal (out-of-pocket limit)</u> sobre mis gastos?	Sí. \$6,350 Usted / \$12,700 Usted + Cónyuge, Usted + Hijo(s) o Usted + Familia	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 <u>límite de desembolso personal</u> ?	Primas, cargos por facturación, 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 <u>red de prestadores</u> ?	Sí. Para una lista de proveedores, consulte www.my.kp.org/SHBP o llame al 1-855-512-5997.	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 <u>especialista</u> ?	Sí. Se requiere aprobación escrita para ver a la mayoría de especialistas.	Este plan pagará parte o todos los costos de ver a un especialista por servicios cubiertos pero solos si usted tiene el permiso del plan antes de ver al especialista .
¿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 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en

www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 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 puede promover que use los **proveedores de la red** para maximizar sus beneficios y disminuir sus gastos de bolsillo.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor del plan	Proveedor no incluido en el plan	
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	Si usted recibe servicios adicionales a una visita a la consulta, pueden aplicar copagos adicionales.
	Visita al especialista	\$45 de copago/visita	No cubierto	Si usted recibe servicios adicionales a una visita a la consulta, pueden aplicar copagos adicionales.
	Visita a la consulta de otro profesional	\$45 de copago/visita	No cubierto	La cobertura está limitada a 20 visitas al año por servicios quiroprácticos. También se requiere autorización previa para beneficios proporcionados para Análisis conductual aplicado (límite anual de \$35,000)
	Cuidado preventivo/detección/inmunización	Sin cargo	No cubierto	La cobertura está limitada a 1 examen al año. Los servicios cubiertos deben estar codificados como preventivos y ser prestados por un proveedor de la red.

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en

www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor del plan	Proveedor no incluido en el plan	
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)	No aplican cargos por servicios realizados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio independiente contratado por Kaiser Permanente; \$100 de copago para servicios prestados en un entorno hospitalario ambulatorio.	No cubierto	—No tiene—
	Imagenología (exámenes CT[tomografía computarizada]/PET [tomografía por emisión de positrones], MRI [resonancia magnética])	\$45 de copago por servicios realizados en un centro médico de Kaiser Permanente o en un laboratorio de diagnóstico por imágenes independiente contratado por Kaiser Permanente; \$100 de copago cuando la imagen diagnóstica es realizada en un entorno hospitalario ambulatorio.	No cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	\$20 de copago por receta (farmacia); \$50 de copago por receta (envío por correo)	No cubierto	Cubre el suministro hasta por 30 días (en farmacia); suministro por 31-90 días (envío por correo). \$30 de copago por receta (farmacias de la red); Las farmacias de la red están limitadas a un único suministro. No hay cargos por anticonceptivos (sujeto a normas de formulario).

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor del plan	Proveedor no incluido en el plan	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre cobertura de medicamentos recetados en www.kp.org/formulary.	Medicamentos de marca preferida	\$50 de copago por receta (farmacia); \$125 de copago por receta (envío por correo)	No cubierto	Cubre el suministro hasta por 30 días (en farmacia); suministro por 31-90 días (envío por correo). \$60 de copago por receta (farmacias de la red); Las farmacias de la red están limitadas a un único suministro.
	Medicamentos de marca no preferida	\$80 de copago por receta (farmacia); \$200 de copago por receta (envío por correo)	No cubierto	Cubre el suministro hasta por 30 días (en farmacia); suministro por 31-90 días (envío por correo). \$90 de copago por receta (farmacias de la red); Las farmacias de la red están limitadas a un único suministro.
	Medicamentos especializados	Sujeto a copago aplicable	No cubierto	Cubre el suministro hasta por 30 días (en farmacia); suministro por 31-90 días (envío por correo). Copago aplicable por receta (farmacias de la red); Las farmacias de la red están limitadas a un único surtido.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago/visita	No cubierto	—No tiene—
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro	No cubierto	—No tiene—
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de emergencia	\$150 de copago/visita	\$150 de copago/visita	Esta distribución de costos no aplica si es internado directamente al hospital como paciente ingresado para recibir servicios cubiertos (vea si tiene estadía hospitalaria para distribución de costo de hospitalización).
	Transporte de emergencia médica	\$100 de copago/traslado	\$100 de copago/traslado	—No tiene—

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en

www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor del plan	Proveedor no incluido en el plan	
	Atención de urgencia	\$35 de copago/visita	No cubierto	El cuidado urgente de proveedores no participantes solo se cubre si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si usted recibe servicios adicionales a una visita a la consulta, pueden aplicar copagos adicionales.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	\$250 de copago/ingreso	No cubierto	—No tiene—
	Honorarios del médico/cirujano	Incluido en la tarifa del centro	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 (individual); \$17 de copago/visita (grupal)	No cubierto	Si usted recibe servicios adicionales a una visita a la consulta, pueden aplicar copagos adicionales.
	Servicios internos de salud mental/conductual	\$250 de copago/ingreso	No cubierto	—No tiene—

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor del plan	Proveedor no incluido en el plan	
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios para trastorno de uso de sustancias	\$35 de copago/visita (individual); \$35 de copago/visita (grupal)	No cubierto	Si usted recibe servicios adicionales a una visita a la consulta, pueden aplicar copagos adicionales.
	Servicios internos para trastorno de uso de sustancias	\$250 de copago/ingreso	No cubierto	—No tiene—
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Sin cargo	No cubierto	Después de confirmado el embarazo, para la serie normal de visitas de rutina programadas regularmente la cobertura se limita a 1 visita postnatal.
	Parto y todos los servicios hospitalarios	\$250 de copago/ingreso	No cubierto	—No tiene—
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	La cobertura es ilimitada. No se cubre servicios de enfermería privados.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de copago/visita (ambulatorio); \$250 de copago/ingreso (hospitalización)	No cubierto	La cobertura está limitada a 40 visitas ambulatorias por año por terapia para terapia ocupacional, física y del habla. Terapia física – las visitas adicionales pueden tener cobertura si se considera que son medicamente necesarias.
	Servicios de habilitación	\$25 de copago/visita (ambulatorio); \$250 de copago/ingreso (hospitalización)	No cubierto	La cobertura está limitada a 40 visitas ambulatorias por año por terapia para terapia ocupacional, física y del habla.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	La cobertura está limitada a 120 días al año.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	La cobertura está limitada a ítems en nuestro formulario DME.
	Servicio de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	—No tiene—
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	No cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes	No cubierto	No cubierto	No tiene cobertura para lentes
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	No tiene cobertura dental

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en

www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 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 no de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- 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
- Cuidado regular de la vista (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 más información sobre sus derechos a la cobertura continuada, llame al servicio de información del plan al teléfono 1-855-512-5997. También puede ponerse en contacto con su departamento de seguro estatal, la Administración de Seguridad de Beneficios 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 ponerse en contacto con Kaiser Permanente directamente para apelar la denegación de cobertura para solicitudes de reembolso (claims) médicas llamando al 1-855-512-5997. 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 o al Departamento de Seguros estatal (State Department of Insurance) en: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Consumer Services Division, 2 Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, 800-656-2298, <http://www.oci.ga.gov/ConsumerService/>.

Preguntas: Llame al 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 o visítenos en www.my.kp.org/SHBP

Si no entiende bien los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformglossary.pdf o llamar al teléfono 1-855-512-5997/TTY/TDD 711 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 \$7,050
- El paciente paga \$490

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

* Los montos totales de arriba están basados en la cobertura solo del suscriptor

Manejo de diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

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

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

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.