



Este es solo un resumen. Usted también tiene beneficios médicos valiosos que se describen en el resumen de beneficios médicos Gold, Silver o Bronze ("Medical SBC"). Usted debería leer este resumen ("Pharmacy SBC") y el Medical SBC en conjunto. Si quiere más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener las condiciones completas visitando la página Plan Documents (Documentos del plan) en el sitio web DCH: www.dch.georgia.gov/shbp. Para recibir asistencia sobre beneficios de farmacia, puede llamar al 1-877-841-5227.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:						
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea la tabla que empieza en la página 3 para conocer sus costos por medicamentos recetados. Sus costos se pagarán primero con los dólares HRA disponibles. La cantidad pagada de su Cuenta HRA, o el pago de bolsillo, no contará para su deducible de beneficios médicos. Vea los beneficios médicos Medical SBC y los documentos del plan para mayor información.						
¿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 3 para ver otros costos por medicamentos recetados.						
¿Hay un límite de desembolso personal (out-of-pocket limit) sobre mis gastos?	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="413 886 871 1019"> In-Network Gold Usted: \$4,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$6,000, Usted + Familia: \$8,000 </td> <td data-bbox="871 886 1365 1019"> Out-of-Network Gold Usted: \$8,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$12,000, Usted + Familia: \$16,000 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1019 871 1153"> In-Network Silver Usted: \$5,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$7,500, Usted + Familia: \$10,000 </td> <td data-bbox="871 1019 1365 1153"> Out-of-Network Silver Usted: \$10,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$15,000, Usted + Familia: \$20,000 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1153 871 1286"> In-Network Bronze Usted: \$6,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$9,000, Usted + Familia: \$12,000 </td> <td data-bbox="871 1153 1365 1286"> Out-of-Network Bronze Usted: \$12,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$18,000, Usted + Familia: \$24,000 </td> </tr> </table>	In-Network Gold Usted: \$4,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$6,000, Usted + Familia: \$8,000	Out-of-Network Gold Usted: \$8,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$12,000, Usted + Familia: \$16,000	In-Network Silver Usted: \$5,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$7,500, Usted + Familia: \$10,000	Out-of-Network Silver Usted: \$10,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$15,000, Usted + Familia: \$20,000	In-Network Bronze Usted: \$6,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$9,000, Usted + Familia: \$12,000	Out-of-Network Bronze Usted: \$12,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$18,000, Usted + Familia: \$24,000	Hay un límite a cuánto podría pagar usted durante un periodo de cobertura para su parte del costo de medicamentos con receta. Una vez que ha llegado a su máximo de bolsillo, incluido su deducible, su plan paga el 100 por ciento de gastos elegibles médicos y de medicamentos con receta por el resto del año de beneficios. Por favor tenga en cuenta que las solicitudes de reembolso médicas y de farmacia se suman y cuentan para su gasto de bolsillo. Para información sobre el programa de renuncia a coseguro (coinsurance waiver program) operado por Blue Cross BlueShield of Georgia, consulte los Documentos del plan o llame al número gratuito en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado. Para información sobre su cuenta HRA y como puede ganar créditos adicionales HRA, consulte los Documentos del plan.
In-Network Gold Usted: \$4,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$6,000, Usted + Familia: \$8,000	Out-of-Network Gold Usted: \$8,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$12,000, Usted + Familia: \$16,000							
In-Network Silver Usted: \$5,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$7,500, Usted + Familia: \$10,000	Out-of-Network Silver Usted: \$10,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$15,000, Usted + Familia: \$20,000							
In-Network Bronze Usted: \$6,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$9,000, Usted + Familia: \$12,000	Out-of-Network Bronze Usted: \$12,000, Usted + cónyuge o hijo(s): \$18,000, Usted + Familia: \$24,000							

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 para pedir una copia.

¿Hay un límite anual total sobre lo que paga el plan?	No.	El gráfico que comienza en la página 3 describe los límites en lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> .
¿Este plan usa una red de <u>prestadores</u> ?	Sí. Llame al número del teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado para pedir una lista de los proveedores participantes o vaya a www.express-scripts.com/georgiashbp .	Si usted usa una farmacia de la red, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Los planes usan el término en red, preferido o participante para los <u>prestadores</u> de su red. Vea el gráfico que empieza en la página 3 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de <u>prestadores</u> .
¿Necesito una derivación para ver un <u>especialista</u> ?	No aplicable.	No aplicable.
¿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 <u>servicios excluidos</u> .



- 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 por un medicamento recetado de marca preferida es \$100, su pago de coseguro del 20% sería \$20.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la cantidad permitida. Si un prestador fuera de la red cobra más que la cantidad permitida, usted pagará el costo total y presentará un documento de solicitud de reembolso (claim). El plan le reembolsará en base a la cantidad permitida.

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 <u>prestador</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad			Vea Medical SBC
	Visita al especialista			
	Visita a la consulta de otro profesional			
	Cuidado preventivo/detección/inmunización			
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)			
	Imagenología (exámenes CT[tomografía computarizada]/PET [tomografía por emisión de positrones], MRI [resonancia magnética])			

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 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
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Hay más información disponible sobre cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com/georgiaSHBP</p>	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>15% de coseguro, con \$20 mín./\$50 máx. (suministro para 31 días)</p> <p>Los medicamentos recetados identificados en los Documentos del plan como "preventivos"- no tienen coseguro</p>	<p>El mismo coseguro y mín./máx. que para las farmacias dentro de la red, pero basado en la cantidad permitida.</p> <p>Usted debe pagar de bolsillo y presentar un documento de solicitud de reembolso.</p> <p>El plan le reembolsará en base a la cantidad permitida para las farmacias dentro de la red.</p>	<p>Para medicación que no sea de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en las farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento pueden dispensarse con un suministro de hasta 90 días (farmacia o envío a domicilio).</p> <p>Para un suministro de 32-62 días – se dobla el mín./máx. mensual</p> <p>Para suministro de 63 o más días en una farmacia de la red sin suministro de 90 días, el copago mensual se triplica</p> <p>Para suministro de 63 días o más a través de entrega a domicilio, o una farmacia de red con suministro de 90 días, el costo mínimo/máximo mensual se multiplica por 2.5</p>
	<p>Medicamentos de marca preferida</p>	<p>25% de coseguro, \$50 mín./\$80 máx. (suministro para 31 días)</p> <p>Los medicamentos recetados identificados en los Documentos del plan como "preventivos", y para los que no exista ningún genérico disponible deben entregarse tal como indica la receta, sin coseguro</p>	<p>Igual que arriba</p>	<p>Consulte en www.express-scripts.com/georgiaSHBP los medicamentos de mantenimiento, la Lista de medicamentos preferidos e información sobre cómo encontrar farmacias de red para suministro de 90 días (enlace de localizador de farmacias). Consulte los Documentos del plan para ver la lista de medicamentos que requieren autorización previa o tienen otros límites, la lista de medicamentos identificados como "preventivos", la definición de coseguro mínimo y máximo y para ver algunos ejemplos.</p>

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 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
	Medicamentos de marca no preferida	25% de coseguro , \$80 mín./\$125 máx. (suministro para 31 días) Los medicamentos recetados identificados en los Documentos del plan como "preventivos", y para los que no exista ningún genérico disponible deben entregarse tal como indica la receta, sin coseguro	Igual que arriba	Los medicamentos identificados como fármacos especiales en la Lista de fármacos preferidos (Preferred Drug List) deben ser dispensados en la farmacia especial Accredo de Express Scripts. Se permite un suministro de cortesía en una farmacia minorista antes de que estas recetas deban ser suministradas por Accredo. Si usted elige continuar recibiendo su fármaco de especialidad después de un suministro de cortesía en su farmacia minorista, tendrá que pagar el precio total de su bolsillo y no recibirá reembolso del plan. Si usted compra un fármaco de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, pagará el pago de coseguro por genérico, <i>más</i> la diferencia de costo entre la marca y el genérico. Esta diferencia no cuenta para su máximo de bolsillo.
	Medicamentos especializados	Vea el coseguro aplicable arriba, dependiendo de si el fármaco especial es genérico, de marca preferida o de marca no preferida.		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Vea Medical SBC		
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de emergencia			
	Transporte de emergencia médica			
	Atención de urgencia			

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 para pedir una copia.

Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	Vea Medical SBC
	Honorarios del médico/cirujano	
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	Vea Medical SBC
	Servicios internos de salud mental/conductual	
	Servicios ambulatorios para trastorno de uso de sustancias	
	Servicios internos para trastorno de uso de sustancias	
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Vea Medical SBC
	Parto y todos los servicios hospitalarios	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria	Vea Medical SBC
	Servicios de rehabilitación	
	Servicios de habilitación	
	Atención de enfermería especializada	
	Equipo médico duradero	
	Servicio de cuidados paliativos	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Vea Medical SBC
	Lentes	
	Revisión dental	

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 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).

- Fármacos dispensados en el hospital durante una estadía hospitalaria
- Fármacos recetados para tratar la infertilidad
- La mayoría de los fármacos están cubiertos como un beneficio médico
- Los medicamentos de venta libre (over the counter, OTC, en inglés) excepto aquellos identificados como “preventivos” en los Documentos del plan
- Los fármacos con receta con un equivalente OTC
- Fármacos experimentales

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).

- Fármacos aprobados para su distribución en los Estados Unidos por la FDA
- Receta de anticonceptivos
- Insulina cuando ha sido recetada por un médico

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 ext. 61565 o www.cciio.com.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 de su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Usted debería comunicarse con el prestador de salud apropiado directamente para apelar la denegación de cobertura por solicitudes de reembolso. Consulte los Documentos del plan para más información, o llame al teléfono apropiado en su tarjeta de identificación de afiliado. 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 teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 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”. **El plan, que incluye beneficios médicos y de bienestar descritos en los beneficios Medical SBC y los beneficios de farmacia descritos en este folleto de Pharmacy SBC, sí proporciona 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, consulte los ejemplos de cobertura en el folleto Medical SBC.*—————

Preguntas: Llame al teléfono gratuito de servicios para afiliados de Express Scripts que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliado o visítenos en www.express-scripts.com/georgiaSHBP. Si no tiene claro los términos subrayados usados en este formulario, revise el Glosario. Puede ver el Glosario (en inglés) en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SHBUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-610-1863 para pedir una copia.