Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Todos los tipos de cobertura | **Tipo de plan: HRA**

Este es solo un resumen de los beneficios de farmacia. 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/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 2 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 2 para ver otros costos por medicamentos recetados.
¿Hay un límite de desembolso personal (out-of-pocket limit) sobre mis gastos?	No, no hay un **límite de pago de bolsillo** para sus gastos en recetas. Los máximos de **coseguro**, el programa de renuncia al **coseguro** (coinsurance waiver program) y la Cuenta HRA pueden reducir sus gastos de bolsillo.	Debido a que no hay **límite de pago de bolsillo**, no hay límite para cuánto podría pagar durante un periodo de cobertura por su parte del costo de los medicamentos recetados. En cambio, por cada receta hay una cantidad máxima que usted pagará por **coseguro** por esa receta. Vea la tabla que empieza en la página 2 para los máximos de **coseguro**. Para información sobre el programa de renuncia a **coseguro** (coinsurance waiver program) operado por BlueCross BlueShield of Georgia, vea los Documentos del plan o llame al número gratuito en el reverso de su tarjeta de identificación SHBP. Para información sobre su cuenta HRA y como puede ganar dólares adicionales HRA, vea Medical SBC.
¿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 *específicos*.
¿Este plan usa una red de prestadores?	Sí. Llame al número de la línea gratuita en el reverso de su tarjeta de identificación SHBP para ver una lista de los **prestadores** participantes o ingrese en www.express-scripts.com/georgiashbp.	Si usted 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 **prestadores** de su red. Vea el gráfico que empieza en la página 2 para saber cómo paga este plan a los diferentes tipos de **prestadores**.
¿Necesito una derivación para ver un especialista?	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 5. Revise su póliza o documento de plan para información adicional sobre los **servicios excluidos**.

Preguntas: Llame al 1-877-841-5227 o visítenos en **www.express-scripts.com/georgiashbp**. Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en **www.express-scripts/georgiashbp** o llame al 1-877-841-5227 para pedir una copia.

- 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 25% sería $25.
- 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 prestador de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Vea Medical SBC		
	Visita al especialista	Vea Medical SBC		
	Visita a la consulta de otro profesional	Vea Medical SBC		
	Cuidado preventivo/detección/inmunización	Vea Medical SBC		
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)	Vea Medical SBC		
	Imagenología (exámenes CT[tomografía computarizada]/PET [tomografía por emisión de positrones], MRI [resonancia magnética]	Vea Medical SBC		

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 medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre **cobertura de medicamentos recetados** en www.express-scripts.com/georgiashbp	Medicamentos genéricos	15% de **coseguro**, con $20 mín./$50 máx. (suministro para 31 días) Los medicamentos recetados identificados en los Documentos del plan como "preventivos"- no tienen **coseguro**.	El mismo coseguro y mín./máx. que para las farmacias dentro de la red, pero basado en la **cantidad permitida**. Usted debe pagar de bolsillo y presentar un documento de solicitud de reembolso. El plan le reembolsará en base a la **cantidad permitida** para las farmacias dentro de la red.	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). Para un suministro de 32-62 días – se dobla el mín./máx. mensual Para un suministro de 63-90 días – se triplica el mín./máx. mensual Suministro de 90 días en una farmacia minorista de suministro de 90 días, el mín./máx. mensual se multiplica por 2.5 Suministro 1-90 días mediante envío a domicilio, el mín./máx. mensual se multiplica por 2.5 Vea www.express-scripts.com/georgiashbp para los medicamentos de mantenimiento, la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List) y cómo encontrar farmacias de red para 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.
	Medicamentos de marca preferida	25% de coseguro, $50 mín./$80 máx. (suministro para 31 días) Los medicamentos recetados identificados en los Documentos del plan como "preventivos", y para los que no haya ningún genérico disponible deben entregarse tal como indica la receta, sin **coseguro**	Igual que arriba	

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 haya 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. Un surtido de cortesía se permite en la farmacia antes de que esas recetas tengan que ser suministradas en 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, *más* la diferencia de costo entre la marca y el genérico.
	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			
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)			
	Honorarios del médico/cirujano			

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 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			
	Parto y todos los servicios hospitalarios			
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria			
	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			
	Lentes			
	Revisión dental			

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

Preguntas: Llame al 1-877-841-5227 o visítenos en www.express-scripts.com/georgiashbp. Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Puede revisar el glosario en la página Glossary en www.express-scripts/georgiashbp o llame al 1-877-841-5227 para pedir una copia.

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).

- Los 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 más información sobre sus derechos a la cobertura continuada, llame al servicio de información del plan al teléfono 1 800-610-1863. Usted también puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, la Administración de seguridad de beneficios para empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al teléfono 1-866-444-3272 o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) al teléfono 1-877-267-2323 ext. 61565 o ingrese al sitio web 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. Vea los Documentos del plan, o llame al teléfono apropiado en su tarjeta de identificación SHBP. Beneficios de farmacia – comuníquese con Express Scripts, Inc., Programa de renuncia de coseguro – Blue Cross Blue Shield of Georgia, Healthways, Inc. – Elegibilidad para la terapia de reemplazo de nicotina. Para preguntas sobre su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede llamar al 1-800-610-1863 o acceder a la información sobre apelación de elegibilidad en www.dch.georgia.gov/shbp.

¿Esta cobertura entrega 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.