



Esto es solo un resumen. Si desea obtener información más detallada acerca de su cobertura y los costos, puede ver las condiciones completas en el documento de la póliza o plan en <http://dch.georgia.gov/shbp-plan-documents> o llamando al 1-888-364-6352.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué esto es importante?
¿Cuál es el deducible general?	<p>Proveedor de la red: \$3,500 usted \$7,000 usted + cónyuge o hijo(s) \$7,000 usted + su familia</p> <p>Proveedor fuera de la red: \$7,000 usted \$14,000 usted + cónyuge o hijo(s) \$14,000 usted + su familia</p>	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar la cantidad deducible de “Usted” antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise su documento de la póliza o plan para constatar cuándo se reinicia el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la gráfica que empieza en la página 2 para obtener información acerca de cuánto deberá pagar por los servicios cubiertos luego de haber cumplido con el deducible de “Usted” .
¿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?	<p>Sí. Proveedor de la red: \$6,450 usted \$12,900 usted + cónyuge o hijo(s) \$12,900 usted + su familia</p> <p>Proveedor fuera de la red: \$12,900 usted \$25,800 usted + cónyuge o hijo(s) \$25,800 usted + su familia</p>	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 cuidados médicos que no estén cubiertos por este plan.	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.welcometouhc.com/shbp o llame al 1-888-364-6352.	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 ?	No.	Puede consultar al especialista de su elección sin permiso de este plan.
¿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 el documento de su póliza o plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos .

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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 **coseguos**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor 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	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Consulta con un especialista	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Existen límites de consultas por obesidad infantil.
	Visita a otro consultorio médico	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	El costo compartido solo aplica para tratamientos de manipulación (quiropático). El tratamiento espinal está limitado a 20 consultas por año calendario. 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). Nutricionistas registrados - existen límites de consultas.
	Inmunización/examen/cuidado preventivo	Sin cobro	Sin cobertura	Los servicios cubiertos deben estar codificados adecuadamente como preventivos y ser proporcionados por un proveedor de la red.
Si tiene una prueba	De diagnóstico (rayos x, sanguínea)	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para estudios de sueño o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida.
	Escaneo (CT/PET, resonancia magnética)	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida.

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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: HDHP

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	30% de coseguro luego del cumplimiento del deducible.	El mismo coseguro que para proveedores de la red, pero basado en la cantidad permitida.	Para los medicamentos de no mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias de venta al por menor. Los medicamentos de mantenimiento pueden despacharse para un suministro de hasta 90 días (al por menor o entrega en casa).
	Medicamentos de marcas preferidas	30% de coseguro luego del cumplimiento del deducible.	Debe pagar gastos de su bolsillo y pedir su reembolso por escrito.	
Para obtener mayor información acerca de la cobertura de medicamentos por prescripción , visite www.Express-Scripts.com/georgiashb	Medicamentos de marcas no preferidas	30% de coseguro luego del cumplimiento del deducible.	El plan le reembolsará de acuerdo con la cantidad permitida para las farmacias de la red.	Consulte los documentos del plan para obtener la lista de los medicamentos que requieren autorización previa o tienen otras limitaciones.
	Medicamentos especiales	30% de coseguro luego del cumplimiento del deducible.		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del lugar (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en una cirugía. Se puede requerir autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencias	30% de coseguro luego del deducible	30% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa en 1 día hábil o tan pronto como sea posible si es ingresado en un hospital que no pertenece a la red.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro luego del deducible	30% de coseguro luego del deducible	---Ninguno---
	Atención urgente	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---Ninguno---
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del lugar (por ejemplo, cuarto de hospital)	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Algunos proveedores no están cubiertos como asistentes en una cirugía. Se puede requerir autorización previa.
Si tiene necesidades de salud, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida. Las pruebas neuropsicológicas no requieren autorización previa.

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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: HDHP

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si tiene necesidades de salud, salud conductual o abuso de sustancias (continuación)	Servicios de hospitalización de salud mental/conductual	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida. Las pruebas neuropsicológicas no requieren autorización previa. Los cargos profesionales por hospitalización se limitan a 1 consulta por día autorizado del año combinado/calendario.
	Servicios ambulatorios de trastorno por uso de sustancias	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida.
	Servicios de hospitalización por trastorno por uso de sustancias	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida. Los cargos profesionales por hospitalización se limitan a 1 consulta por día autorizado del año combinado/calendario.
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Su costo en esta categoría incluye los honorarios del médico que atendió el parto. El cuidado prenatal de rutina está cubierto sin ningún cargo.
	Parto y todos los servicios de hospitalización	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Su costo solo por servicios de hospitalización. Para obtener información acerca de los honorarios del médico que atendió el parto, consulte el cuidado pre-postnatal. Se puede requerir autorización previa.
Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en casa	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para la atención médica en casa.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida. Existe un máximo de beneficio de 40 consultas por terapia en un año de beneficio (rehabilitación física, ocupacional, del habla, cardíaca, pulmonar). Terapia física - Se requiere autorización previa para los niños solo después de 40 consultas. Los servicios suministrados por una agencia de atención médica en casa NO están sujetos a limitaciones de 40 consultas cuando se realizan en el hogar. El beneficio de atención médica en casa aplica si se realiza en el hogar.

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

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

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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: HDHP

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza un proveedor de la red	Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud (continuación)	Servicios de habilitación	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Las consultas de habilitación cuentan en su límite de consultas de rehabilitación, mencionado anteriormente.
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro luego del deducible	Sin cobertura	Centro de enfermería especializada, 120 días por año calendario. Sin limitaciones de días para centros de hospitalización por rehabilitación. Se puede requerir autorización previa.
	Equipos médicos duraderos	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para dispositivos (compra o alquiler acumulativo) que cuesten más de \$1,000 cada uno.
	Servicios de hospicio	30% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa solo para hospicio de hospitalizados o el beneficio se reduce a 50% de la cantidad permitida. 8 consultas de duelo por año calendario.
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
	Revisión odontológica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios NO cubiertos por su plan (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o plan para obtener información acerca de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (excepto para el programa bariátrico piloto)
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (adulto)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de no emergencia cuando viaje al exterior de los EE.UU..
- Enfermería privada
- Cuidados de rutina de pies
- Programas de pérdida de peso

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) (pueden aplicar limitaciones)

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 para solicitar una copia.



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 UnitedHealthcare directamente para apelar un rechazo de cobertura de demandas médicas llamando al 1-888 364-6352. Para apelaciones relacionadas con los créditos de incentivo de bienestar, contacte a Healthways, Inc. al 1-888-616-6411. 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 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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. Si la cobertura es diferente a una cobertura individual, la cantidad de lo que paga el paciente puede incrementarse.

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: \$2,840
- El paciente paga: \$4,700

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	\$3,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$4,700

*Las prescripciones son pagadas bajo el beneficio de farmacia a través de Express Scripts; sin embargo, su porción de miembro se incluye en este cálculo.

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

- Cantidad debida a los proveedores: \$5,400
- El plan paga: \$1,450
- El paciente paga: \$3,950

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	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$3,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$450
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$3,950

*Las prescripciones, equipo médico para diabéticos y suministros son pagados bajo el beneficio de farmacia con Express Scripts; sin embargo, su porción de miembro se incluye en este cálculo.

Preguntas: llame al 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 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 1-888-364-6352 o visítenos en www.welcometouhc.com/shbp.

Si tiene alguna duda acerca de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el glosario. Puede visualizar el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llamar al 1-888-364-6352 para solicitar una copia.