



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 con los beneficios de farmacia, puede llamar a Express Scripts al teléfono 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 algún máximo de bolsillo sobre mis gastos?	No, no hay ningún máximo de bolsillo en sus gastos de medicamentos recetados. El programa de exención de co-pago de farmacia para manejo de enfermedades (Disease Management (DM) Pharmacy Co-Pay Waiver Program) y su HRA (plan de reembolso para gastos de salud) pueden reducir sus gastos de bolsillo.	Debido a que no hay máximo de bolsillo , no hay un monto máximo en cuanto podría pagar durante un periodo de cobertura en su porcentaje del costo de los medicamentos recetados. Para información sobre el Programa de exención de copago de farmacia para manejo de enfermedades (Disease Management (DM) Pharmacy Co-Pay Waiver Program), consulte los documentos del plan o llame al número gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Para información sobre su HRA y cómo puede ganar dólares HRA adicionales, consulte el Medical SBC.
¿Hay un límite anual total sobre lo que paga el plan?	No, para sus gastos de medicamentos recetados.	La tabla que empieza en la página 2 describe los límites en lo que pagará el plan para servicios cubiertos <i>médicos específicos</i> (véase Medical SBC).
¿Este plan usa una red de prestadores ?	Sí. Llame al número gratuito en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de SHBP para consultar la lista de prestadores participantes o entre en www.express-scripts.com/Georgia/SHBP	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 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. Vea el documento de su plan para información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame a Express Scripts al 1-877-841-5227 o visítenos en www.express-scripts.com/Georgia/SHBP. Si tiene dudas sobre alguna cosa en este formulario, vea el Glosario (Glossary). Puede ver el Glosario en www.dch.georgia.gov/shbp o llamar al teléfono 1-877-841-5227 para pedir una copia.



Co-pago: Una cantidad fija de dólares que el paciente paga por un servicio o un medicamento. Normalmente un co-pago es una cantidad fija, en vez de un porcentaje. (Por ejemplo, puede pagar \$20, \$50 o \$80 por un fármaco con receta).

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			
	Visita a la consulta de otro profesional			
	Cuidado preventivo/detección/inmunización			
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre) Imágenes de diagnóstico (CT/PET)			
Si usted necesita fármacos con receta para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	\$20 (por un suministro de hasta 31 días) Los fármacos con receta identificados en los Documentos del plan como "preventivos" no tienen co-pago .	El mismo co-pago que dentro de la red, pero basado en un importe permitido . 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.	Las siguiente Limitaciones y Excepciones son aplicables a los fármacos genéricos, fármacos de marca preferida, fármacos de marca no preferida y fármacos especiales: 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, el co-pago es el doble. Para un suministro de 63-90 días, el co-pago es el triple.
Puede encontrar más información sobre fármacos con receta en: www.express-scripts.com/GeorgiaSHBP				

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 usted necesita fármacos con receta para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Puede encontrar más información sobre fármacos con receta en: www.express-scripts.com/GeorgiaSHBP</p>	Medicamentos de marca preferida	<p>\$50 (por un suministro de hasta 31 días)</p> <p>Los fármacos con receta identificados en los Documentos del plan como "preventivos" no tienen co-pago.</p>	Igual que arriba.	<p>Para un suministro de 1-90 días con envío a domicilio, el co-pago se multiplica por 2.5.</p> <p>Véase www.express-scripts.com/GeorgiaSHBP para medicamentos de mantenimiento, la lista de fármacos preferidos (Preferred Drug List) y para encontrar farmacias de red que entreguen suministro de 90 días (enlace de localización de farmacias). Véase lo Documentos del Plan para una lista de fármacos que requieren autorización previa o tienen otros límites, para ver la lista de fármacos identificados como "preventivos" y para ver ejemplos.</p> <p>Los fármacos identificados como fármacos especiales (specialty drugs) incluidos en la Lista de fármacos preferidos (Preferred Drug List) deben obtenerse en Accredo, la farmacia de medicamentos especiales 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.</p> <p>Si usted compra un fármaco de marca cuando hay un equivalente genérico, usted pagará el co-pago de genérico <i>más</i> la diferencia en costo entre la marca y el genérico.</p>
	Medicamentos de marca no preferida	<p>\$80 (por un suministro de hasta 31 días).</p> <p>Los fármacos con receta identificados en los Documentos del plan como "preventivos" no tienen co-pago.</p>	Igual que arriba.	
	Medicamentos especializados	Véase el co-pago aplicable arriba, dependiendo de si el fármaco especial es genérico, de marca preferida o de marca no preferida.		

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 una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) 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			
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual Servicios internos de salud mental/conductual Servicios ambulatorios para trastorno de uso de sustancias Servicios internos para trastorno de uso de sustancias		Vea Medical SBC	
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 Consejería nutricional			
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista Lentes Revisión dental			

Preguntas: Llame a Express Scripts al **1-877-841-5227** o visítenos en www.express-scripts.com/GeorgiaSHBP. Si tiene dudas sobre alguna cosa en este formulario, vea el Glosario (Glossary). Puede ver el Glosario en www.dch.georgia.gov/shbp o llamar al teléfono 1-877-841-5227 para pedir una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Algunos servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Revise el documento de su póliza o plan para ver los servicios excluidos).

- Fármacos entregados por el hospital mientras el paciente está hospitalizado
- Fármacos que son cubiertos exclusivamente por el beneficio médico
- Los fármacos con receta con un equivalente OTC
- Fármacos recetados para tratar la infertilidad;
- Los medicamentos de venta libre (over the counter, OTC, en inglés) excepto aquellos identificados como “preventivos” en los Documentos del plan.
- Fármacos experimentales

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise el documento de su póliza o plan para ver los otros servicios cubiertos, limitaciones y sus costos por esos 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](http://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.

Preguntas: Llame a Express Scripts al 1-877-841-5227 o visítenos en www.express-scripts.com/GeorgiaSHBP. Si tiene dudas sobre alguna cosa en este formulario, vea el Glosario (Glossary). Puede ver el Glosario en www.dch.georgia.gov/shbp o llamar al teléfono 1-877-841-5227 para pedir una copia.

¿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.*—————