Ambetter of Arkansas: Ambetter Balanced Care 7 (2016) + Vision + Adult Dental

Duración de la póliza: 01/01/2016 - 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: individual/familiar | **Tipo de plan:** PPO

Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en **http://AmbetterofArkansas.com/** o llamando al **877-617-0390, TTY/TDD 877-617-0392**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Red: **$3.000** persona / familia **$6.000** . Fuera de la red: **$6.000** individuo / familia **$12.000** . No se aplica a los medicamentos y cuidados preventivos.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, **$1.000** individuo / familia **$2.000** para los gastos de medicamentos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del **deducible** antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí, para la red: **$6.000** individuo / familia**$12.000** . Para fuera de la red: individual **$12.000** /**$24.000** familia.	El límite para los **gastos del bolsillo** es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Primas, gastos facturados por el equilibrio y la salud este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios *específicos*, como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Ver Encuentre un Proveedor o llame al **1-877-617-0390** para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted se atiende con médicos y **proveedores** de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún **proveedor** que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como **perteneciente a la red**, **preferido** o **participante** para referirse a los proveedores de la red del

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
		plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos **proveedores**.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No, no necesitas una remisión a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier **especialista** y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los **servicios excluidos**, vea los documentos del plan o póliza.

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo $15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es $1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea $200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado $1,500 la **cantidad aprobada** es $1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de $500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	Copago por visita $75	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	-----Ninguno-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay costo	50 % de coaseguro	-----Ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Copago por visita $150	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite Lista de Medicamentos Preferidos **.**	Medicamentos genéricos	Copago de $10	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de $50	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $100 después de deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. $1000 individual / $2000 familia Rx deducible para medicamentos de marca no preferidos y especialidad de drogas.
	Medicamentos especiales	Copago de $250 después de deducible	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20 % coseguro después deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	20 % coseguro después deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Copago de $250 después /visit deducible	Copago de $250 después /visit deducible	-----Ninguno-----
	Traslado médico de emergencia	20 % coseguro después deducible	20 % coseguro después deducible	-----Ninguno-----
	Cuidado urgente	Copago por visita $100	50 % de coaseguro	-----Ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Copago de $1000 al día después de deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	20 % coseguro después deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Copago de $1000 al día después de deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Copago de $1000 al día después de deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa.
	Parto y todos los servicios de internación	Copago de $1000 al día después de deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20 % coseguro después deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa 50 visita(s) por año
	Servicios de rehabilitación	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Aprobación previa había requerida para servicios hogar 30 visitas por año. Combinado con PT, OT y ST.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago por visita $50	50 % de coaseguro	Es necesaria la aprobación previa. 30 visitas por año para los servicios ambulatorios de habilitación. 180 horas de servicios de desarrollo.
	Cuidado de enfermería especializado	Copago de $100 al día después de deducible	50 % coseguro después deducible	Es necesaria la aprobación previa. 60 visitas por año en un centro.
	Equipo médico duradero	Copago de $50	50 % de coaseguro	Requiere autorización previa
	Cuidado de hospicio	20 % coseguro después deducible	50 % coseguro después deducible	Requiere autorización previa

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago por visita $0	Copago por visita $0	1 visita(s) por año
	Anteojos	Copago de $0 / par	Copago de $0 / par	1 artículo(s) por año
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)**

- Acupuntura
- Cuidado rutinario de los pies (no relacionados con el tratamiento de la diabetes)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cuidados a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía estética
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)**

- Audífonos (limitado a un par por año)
- Servicios de aborto (limitado a los servicios que se permite el financiamiento federal)
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)
- Cuidado dental (adulto)
- Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 30 especialistas por año)

Su derecho para continuar con la cobertura

Las leyes federales y estatales pueden brindar una protección que le permiten mantener la cobertura de seguro de salud, siempre y cuando pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tal como si:

- Comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Si se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar su cobertura, comuníquese con la compañía de seguros en 877-617-0390, TTY/TDD 877-617-0392. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. (501) 371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. (800) 852-5494 Seniors No. (800)224-6330.

Su derecho a presentar una queja o una apelación

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. (501) 371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. (800) 852-5494 Seniors No. (800)224-6330.

Además, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Llame al 1-855-332-2227 or (501) 371-2645.

¿Provee Cobertura Esencial Minima esta Coburtura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima." **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de acceso Idioma (Language Access Services)

Inglés (English): For assistance in English, call us at: 877-617-0390, TTY/TDD 877-617-0392

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento
(parto normal)

- **El proveedor cobra:** $7,540
- **El plan paga:** $2,120
- **Usted paga:** $5,420

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	$2,700
Atención de rutina del obstetra	$2,100
El costo del hospital (bebe)	$900
Anestesia	$900
Análisis de laboratorio	$500
Medicamentos	$200
Radiografías	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7,540**

Usted paga:

Deducibles	$5,200
Copagos	$20
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$200
Total	**$5,420**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $2,520
- **Usted paga:** $2,880

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	$2,900
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$700
Educación sobre el cuidado	$300
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

Usted paga:

Deducibles	$2,400
Copagos	$400
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$80
Total	**$2,880**

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✖ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✖ **No**. Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**.