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://ambetter.celticarehealthplan.com/** o llamando al **877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$0**	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?	No.	Usted no tiene que pagar **deducibles** para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	No.	No hay un límite para la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos, durante la duración de la cobertura de la póliza.
¿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. Encontrar un proveedor o llame al **1-877-687-1186** para 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 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, usted no necesita una remisión para consultar a un especialista de la red.	Puede ver al **especialista** de su preferencia sin una referencia; sin embargo, se requiere autorización previa de este plan.

Preguntas Llame al **877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234** o visite **http://ambetter.celticarehealthplan.com/**.
Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.cciio.cms.gov** o llame al **877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234** y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. 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 las excepciones &
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Consulta con otro proveedor de la salud	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	No hay costo	No está cubierto	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 las excepciones &
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite Lista de medicamentos preferidos.	Medicamentos genéricos	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Medicamentos de marca preferidos	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	No hay costo	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	No hay costo	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	No hay costo	No hay costo	-----Ninguno-----
	Traslado médico de emergencia	No hay costo	No hay costo	-----Ninguno-----
	Cuidado urgente	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Parto y todos los servicios de internación	No hay costo	No está cubierto	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 las excepciones &
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 60 visitas por año. Combinado con PT y OT. (No se aplican límites a terapia del habla)
	Servicios de recuperación de las habilidades	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 60 visitas por persona por año de beneficios. No se aplican límites de beneficios al espectro autista, casa de salud y trastornos de habla/ audición
	Cuidado de enfermería especializado	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa necesaria. beneficio de 100 días por persona por año en un centro de
	Equipo médico duradero	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Cuidado de hospicio	No hay costo	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago por visita $0	No está cubierto	1 examen por año
	Anteojos	Copago por visita $0	No está cubierto	1 artículo al año
	Consulta dental	No hay costo	No está cubierto	Una completado oral examen inicial, dos periódicos chequeos anuales.

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 dental (adulto)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cirugía estética
- Cuidados a largo plazo
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
• Aborto (no limitado basado en fondos federales) • Cuidado de rutina de los pies (para el tratamiento de la diabetes) • Tratamiento quiropráctico	• Audífonos ($2.000 para un audífono para cada oído sordos para los miembros de 21 años de edad o más joven) • Programas (reembolso de $150 por contrato por año calendario) para bajar de peso	• Cirugía bariátrica • Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)

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 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado Massachusetts Division of Insurance, 1000 Washington St, Suite 810 Boston, MA 02118-6200, Phone No. (877)-563-4467.

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: Massachusetts Division of Insurance, 1000 Washington St, Suite 810 Boston, MA 02118-6200, Phone No. (877)-563-4467.

¿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: 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1186 (TDD/TTY: 877-941-9234).
[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 877-687-1186 (TDD/TTY: 877-941-9234).

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:** $7,540
- **Usted paga:** $0

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	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$0
Total	**$0**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $5,400
- **Usted paga:** $0

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	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$0
Total	**$0**

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**.

Declaración de no discriminación

Ambetter de CeltiCare Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de CeltiCare Health no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de CeltiCare Health:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de CeltiCare Health a 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).

Si considera que Ambetter de CeltiCare Health no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Grievances and Appeals Coordinator, Ambetter from CeltiCare Health 200 West Street, Suite 250, Waltham, MA 02451-1125, 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234), Fax 1-866-614-1951. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de CeltiCare Health está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

© 2016 CeltiCare Health Plan of Massachusetts, Inc. All rights reserved.

Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from CelticCare Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Portuguese	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from CelticCare Health, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Chinese	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from CelticCare Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234)。
French Creole-Haitian Creole	Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Ambetter from CelticCare Health, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from CelticCare Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Russian	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Ambetter from CelticCare Health, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Ambetter from CelticCare Health ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Cambodian, Mon-Khmer	ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from CelticCare Health ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយ និងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសា របស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់ ។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូម 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234) ។
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d’aider, a des questions à propos de Ambetter from CelticCare Health, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).

Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su Ambetter from CelticCare Health, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from CelticCare Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234) 로 전화하십시오.
Greek	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις γύρω απο το Ambetter from CelticCare Health , έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση.Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234).
Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz ,macie pytania odnośnie Ambetter from CelticCare Health, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku .Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234)
Hindi	यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के Ambetter from CelticCare Health के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी ्रिभाषषए से बात करन े के लिए ,1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234) पर किॉ करें।
Gujarati	જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહ્યાં તેમાંથી કોઇને Ambetter from CelticCare Health વિશે પ્રશ્નો હોય તો તમને મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. તે ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં પ્રાપ્ત કરી શકાય છે. દુભાષિયો વાત કરવા માટે 1-877-687-1186 (TTY/TDD 1-877-941-9234) પર કોલ કરો.