



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura

completos, visita <https://ambetterhealthnet.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-800-289-2818 (1-800-977-6757 TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.http://ambetter.celticarehealthplan.com](http://ambetter.celticarehealthplan.com) o llamar a 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                   | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                          | \$50 individual/\$100 familia.                                                                                                                                                                                                                                                                | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <a href="#">los proveedores</a> hasta por el monto de <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales <a href="#">deducibles</a> hasta el importe total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                                                                               |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. <a href="#">Preventivos</a> , consultas de atención primaria, <a href="#">especialistas</a> y <a href="#">atención urgente</a> , la proyección de imagen, <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> y los medicamentos genéricos están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su <a href="#">deducible</a> . Ver una lista de los cubiertos <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                                                                                    |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No tienes que cubrir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | Para <a href="#">red</a> \$1,550 individuo / \$3,100 la familia. No, para no - <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                                                                                                        | El <a href="#">límite de desembolso</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que el general familia <a href="#">límite de desembolso</a> se ha encontrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | <a href="#">Primas</a> , gastos <a href="#">saldo de facturación</a> y atención de la salud este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                               | A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <a href="#">límite de la hacia fuera-de-bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Encontrar <a href="#">un proveedor</a> o llame al 1-800-289-2818 para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                                                                                                | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagas menos si usas un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utilizas un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo <a href="#">del proveedor</a> y que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">balance de facturación</a> ). Ten en cuenta, su <a href="#">proveedor de red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de llegar a servicios. |
| ¿Necesita un referido                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

para ver a un  
[especialista](#)?

No.

Puedes ver el [especialista](#) que elige sin [remisión](#).



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes                                                  | Servicios que podría necesitar                                                     | Lo que usted paga                                                             |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                               | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                   |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | <a href="#">Copago</a> de \$3/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | <a href="#">Copago</a> de \$5/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Falta de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en negación de pago por el cuidado que de lo contrario podría estar cubierto. |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo</a> / vacuna                     | No hay costo                                                                  | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                 |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | <a href="#">Copago</a> de \$5/test; no se aplica <a href="#">deducible</a> .  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                    |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | <a href="#">Copago</a> de \$75/test; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                    |

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                        | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                            |                                                         | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                              | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo)   |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">Preferred Drug List</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | No hay costo; no se aplica <u>deducible</u> .                                                                                | No está cubierto                                        | Medicamentos se proporcionan por menor de 30 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.                                             |
|                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                    | Venta por menor: \$25 <u>copago</u> /prescription; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$75; Sujeto a <u>deducible</u> | No está cubierto                                        | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
|                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | Venta por menor: \$40 <u>copago</u> /prescription; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$120.                          | No está cubierto                                        | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                      | No está cubierto                                        | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                                | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                      | No está cubierto                                        | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                | Honorarios del médico/cirujano                                 | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                      | No está cubierto                                        | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | <u>Copago</u> de \$25/visit: no aplica <u>deducible</u>                                                                      | <u>Copago</u> de \$25/visit: no aplica <u>deducible</u> | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                      | <u>Coseguro</u> del 10%                                 | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | <u>Copago</u> de \$15/visit: no aplica <u>deducible</u>                                                                      | No está cubierto                                        | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted paga                                                                                                                       |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                         | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                         | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios                                   | <u>Copago</u> de \$3/office visita; no se aplica <u>deducible</u> , 10% de <u>coaseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                  | Servicios internos                                      | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si está embarazada                                               | Visitas al consultorio                                  | <u>Copago</u> de \$3/visit; no se aplica <u>deducible</u>                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                                                                  | Servicios de parto profesionales                        | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                                                                  | Servicios de instalaciones de partos profesionales      | <u>Coseguro</u> del 10%                                                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro</u> , <u>copago</u> o <u>deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |

| Eventos médicos comunes                                                       | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                                     |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                               |                                                                        | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)       | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                         |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | Coseguro del 10%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 42 visitas al año.       |
|                                                                               | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | Copago del \$3/visit; no se aplica <u>deducible</u> . | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 60 visitas por año.      |
|                                                                               | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | Coseguro del 10%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 60 visitas por año.      |
|                                                                               | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | coaseguro del 10%                                     | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 90 días por año.         |
|                                                                               | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | Coseguro del 10%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                          |
|                                                                               | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | Coseguro del 10%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                          |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico                                          | Copago de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>    | No está cubierto                                      | 1 visita al año                                         |
|                                                                               | Anteojos para niños                                                    | Copago de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>     | No está cubierto                                      | 1 artículo al año                                       |
|                                                                               | Chequeo dental pediátrico                                              | No está cubierto                                      | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                       |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .) |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cuidado dental (adulto)</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> </ul>                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía estética</li> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Servicios de aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando está en peligro la vida de la madre)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de rutina de la vista (adulto)</li> <li>No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos</li> </ul> |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- Audífonos (limitado a un par por año)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los pies de rutina (cubierto sólo en relación con el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería privada (cubiertos cuando son médicamente necesarios)
- Tratamiento de la infertilidad (sólo diagnóstico)
- Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 20 especialistas por año)

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Arizona Department of Insurance, 2910 N. 44th Street, Ste. 210 (2nd Floor) Phoenix, AZ 85018-7269, Phone No. (602) 364-2499 or (800) 325-2548. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Arizona Department of Insurance, 2910 N. 44th Street, Ste. 210 (2nd Floor) Phoenix, AZ 85018-7269, Phone No. (602) 364-2499 or (800) 325-2548).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$50
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Visitas al especialista (atención prenatal)  
Servicios de parto profesionales  
Servicios de instalaciones de partos profesionales  
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)  
Visita al especialista (anestesia)

**Costo total hipotético \$12,800**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$50           |
| Copagos                            | \$100          |
| Coseguro                           | \$900          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,110</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$50
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)  
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)  
Medicamentos por recetas  
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

**Costo total hipotético \$7,400**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costo compartido                   |              |
|------------------------------------|--------------|
| Deductibles                        | \$50         |
| Copagos                            | \$400        |
| Coseguro                           | \$200        |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$60         |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$710</b> |

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$50
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 10%
- Otro [coseguro](#) 10%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Sala de emergencias (incluye materiales médicos)  
Prueba diagnóstica (radiografía)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (terapia física)

**Costo total hipotético \$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costo compartido                   |              |
|------------------------------------|--------------|
| Deductibles                        | \$50         |
| Copagos                            | \$30         |
| Coseguro                           | \$100        |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$180</b> |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at **1-888-926-5057 (TTY: 711)**.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Net cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-926-5057 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>        | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Health Net, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                                                            |
| <b>Navajo:</b>         | Ni da éí doodago háida biká anilyeedígíí Ambetter from Health Net yina'idilkidgo t'áá ni nizaad k'ehji níká a'doowol dóó hazhó'ó bee nil hodooniigo bee ná haz'á dóó báhí ilinígóó. Ata' halne'igíí la' bich'í'í' hadeesdzih ninizingo koji' hólne' 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                        |
| <b>Chinese:</b>        | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Health Net 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>Vietnames e:</b>    | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Health Net, 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 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                                                    |
| <b>Arabic:</b>         | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Health Net ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                                                                                                    |
| <b>Tagalog:</b>        | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Health Net, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                                     |
| <b>Korean:</b>         | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Health Net 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>French:</b>         | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Health Net, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).                                      |
| <b>German:</b>         | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Health Net hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) an.                                   |
| <b>Russian:</b>        | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Health Net вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). |
| <b>Japanese:</b>       | Ambetter from Health Net について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) までお電話ください。                                                                                                                                                                         |
| <b>Persian:</b>        | اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter from Health Net دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) تماس بگیرید.                                                             |
| <b>Syriac:</b>         | ان اتلouxن خورنه ميقرورى المساعدة يمصيئون متلفتلن الدوا مشى Ambetter from Health Net يمصيئون ميقریونن المساعدة.. وخنى لا شقلخ زوزة منوخن .<br>ان اتلouxن بارا الاتنى مندى .وان مترجم رقم تلفون 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)                                                                              |
| <b>Serbo-Croatian:</b> | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from Health Net, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-888-926-5057 TTY/TDD 1-888-926-5180).                                                                   |
| <b>Thai:</b>           | หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from Health Net ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-888-926-5057 (TTY: 711).                                            |