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://ambetter.ARHealthWellness.com/2019-brochures.html, o llamar a 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	Proveedores de la red: $1,200 individual/$2,400 familia . Noconcertado: $10,200 individual/$20,400 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?	Sí. Servicios de atención preventiva, atención primaria, especializada y urgencias oficina visitas, imágenes, pruebas de diagnóstico, genérica y recomendado: marca los medicamentos están cubiertos antes de que su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad deducible . Pero puede aplicar un Copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo-compartido y antes de que su deducible. Ver una lista de los cubiertos servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?	Sí, $100 individuo / $200 la familia para cobertura de medicamentos recetados. Hay otros no específicos deducibles.	Usted debe pagar todos los costos para estos servicios hasta por el monto específico deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para los proveedores de red: $2,600 individuo / $5,200 la familia. Noconcertado: $12,900 individuo / $25,800 la familia.	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, gastos saldo de facturación y atención de la salud este plan no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-617-0390 para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utilizas un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor 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 and coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$10 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	$20 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	No hay costo	50% de Coseguro; no se aplica deducible	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	$10 Copago/test; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	$50 Copago por/test; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible .	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Venta por menor: $10 Copago por/prescription; Correo: /prescription de Copagode $30; no se aplica deducible	No está cubierto	Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: $20 Copago de/prescription; Correo: /prescription de Copagode $60; no se aplica deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Venta por menor: $40 Copago/prescription; Correo: /prescription de Copagode $120; sujeto a Rx drogas deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. $100 individuo / $200 familia Rx drogas deducible de marca no preferidos y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Venta por menor: $250 Copago/prescription; Correo: /prescription de Copagode $750; sujeto a Rx drogas deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. $100 individuo / $200 familia Rx drogas deducible de marca no preferidos y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	9% de Coseguro	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	9% de Coseguro	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$100 Copago por/visit	$100 Copago por/visit	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	5% de coseguro	5% de coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	$10 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$1,000 de Copago por día	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	$75 de Copago por estancia	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$10 Copago /office visitar; no se aplica deducible ; No hay cargo por otros servicios para pacientes ambulatorios	50% de Coseguro; no se aplica deducible	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa)
	Servicios internos	$250 de Copago por día	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$10 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar Coseguro, deducible o Copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	$75 de Copago por estancia	50% de Coseguro	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar Coseguro, deducible o Copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	$250 de Copago por día	50% de Coseguro	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar Coseguro, deducible o Copago . 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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	5% de coseguro	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa. 50 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	$10 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	Combinado 30 visita límite por año para la atención de PT, OT, ST y quiropráctica.
	Servicios de habilitación	$10 Copago/visit; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	30 visitas por año para los servicios ambulatorios de habilitación. 180 visitas por año para los servicios de desarrollo.
	Cuidado de enfermería especializada	$25 de Copago por día	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa. 60 días por año en un centro.
	Equipo médico duradero	$10 Copago/item; no se aplica deducible	50% de Coseguro; no se aplica deducible	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	5% de coseguro	50% de Coseguro	Puede requerirse autorización previa. Beneficios para el cuidado de hospicio para pacientes hospitalizados, hogar o ambulatoria están disponibles para una persona terminal mal cubierta por un período continuo hasta 180 días en la vida de una persona cubierta.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No hay costo	No hay costo	1 visita al año. Examen de la vista de proveedor fuera de la red cubre hasta $38,50.
	Anteojos para niños	No hay costo	No hay costo	1 punto por año. Marcos proveedor fuera de la red o contactos cubren hasta $50, ver horario límite de la lente.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidados a largo plazo
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Enfermería privada
- Programas de pérdida de peso

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

- Tratamiento quiropráctico (limitado a 30 visitas de especialista al año combinado con habla, física y terapia ocupacional)
- Cuidado dental (adulto)
- Audífonos (limitado a un par cada tres años)
- Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidado de rutina de los pies (para el tratamiento de la diabetes)

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: Ambetter from Arkansas Health & Wellness at 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392); 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. 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 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: 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. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact 1-855-332-2227 or 1-501-371-2645.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?

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?

Si su plan estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.

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 proveedores general del plan $1,200
- Especialista copago $20
- Hospital (instalaciones) copago $1,000
- Otro coseguro 50%

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	$1,200
Copagos	$700
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,960**

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

- El proveedores general del plan $1,200
- Especialista copago $20
- Hospital (instalaciones) copago $1,000
- Otro coseguro 50%

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	$1,200
Copagos	$900
Coseguro	$90
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$2,250**

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

- El proveedores general del plan $1,200
- Especialista copago $20
- Hospital (instalaciones) copago $1,000
- Otro coseguro 50%

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	$1,200
Copagos	$100
Coseguro	$71
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,371**

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.