



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.mhsindiana.com/2019-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333). 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$6,000 individual/\$12,000 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 deducible ? | Sí. Servicios de atención preventiva , atención primaria, especialistas y visitas de la oficina de atención de urgencia , medicamentos de marca preferida y genéricos 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 deducibles por servicios específicos? | No | No tienes que cubrir deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | Para red \$7,900 individuo / \$15,800 la familia. No, para no - proveedores de la red . | 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 1-877-687-1182 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 | \$30 Copago /visit; no se aplica deducible | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| | Visita al especialista | \$60 Copago /visit; no se aplica deducible | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| | Atención preventiva/ examen colectivo / vacuna | No hay costo | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$30 de Copago por ambulatorios de laboratorio y servicios profesionales; no se aplica deducible ; 40% de Coseguro por radiografía y diagnóstico por imágenes | No está cubierto | 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) | 40% de Coseguro | No está cubierto | 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: \$20 <u>Copago de/prescription</u> ; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$60; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto | <u>Medicamentos</u> se proporcionan por menor de 31 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: \$50 <u>Copago por/prescription</u> ; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 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) | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 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 especializados (Nivel 4) | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 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. |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | 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 | 40% de <u>Coseguro</u> | 40% de <u>Coseguro</u> | ----Ninguno---- |
| | Transporte médico de emergencia | 40% de <u>Coseguro</u> | 40% de <u>Coseguro</u> | ----Ninguno---- |
| | Atención de urgencia | \$100 <u>Copago</u> por/visit; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | \$30 de <u>Copago</u> /office visita; no se aplica <u>deducible</u> ; 40% de <u>coseguro</u> para otros servicios | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa) |
| | Servicios internos | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | 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 | \$30 de <u>Copago</u> /visit; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios de parto profesionales | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</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 (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 | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 100 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | 60 consultas ambulatorias por año, 20 consultas ambulatorias por beneficio por año. (Incluyendo el habla, ocupacional y terapia física). 60 días de internación por año (incluyendo habla, ocupacional y terapia física) |
| | Servicios de habilitación | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | 60 visitas por año. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 90 días por año en un centro. |
| | Equipo médico duradero | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 40% de <u>Coseguro</u> | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | No hay costo | No está cubierto | 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | No hay costo | No está cubierto | 1 punto por año. |
| | 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 .) | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre) • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado dental • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad • Cuidados a largo plazo • No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de la vista (adulto) • 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 12 visitas de especialista por año) | • Privado-servicio de enfermería (en ambulatorio base limitado 82 visitas por año) | • Cuidado de los pies de rutina (relacionado al 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 MHS at 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333); Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. (317) 232-2385 or (800) 622-4461. 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: Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. (317) 232-2385 or (800) 622-4461.

¿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 1-877-687-1182, TTY/TDD 1-800-743-3333

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1182, TTY/TDD 1-800-743-3333

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1182, TTY/TDD 1-800-743-3333

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1182, TTY/TDD 1-800-743-3333

—————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](#) \$6,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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 | \$3,300 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$3,600 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$7,860 |

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](#) \$6,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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 | \$1,000 |
| Copagos | \$2,100 |
| Coseguro | \$700 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,860 |

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

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$6,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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 | \$1,800 |
| Copagos | \$50 |
| Coseguro | \$50 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,900 |

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

