



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](#), [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 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                             | Respuestas                                 | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deductible</a> general?                                   | \$0                                        | Consulte la tabla de eventos médicos comunes debajo de los costes para este <a href="#">plan</a> cubre los servicios.                                                                                                                                          |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deductible</a> ?      | No hay ningún <a href="#">deductible</a> . | No hay ningún <a href="#">deductible</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="#">deductibles</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> ? | No es aplicable.                           | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite hacia fuera del desembolso</a> en sus gastos.                                                                                                                                                         |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                            | No es aplicable.                           | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite hacia fuera del desembolso</a> en sus gastos.                                                                                                                                                         |

| Preguntas importantes                                                                   | Respuestas                                                                                                                     | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿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 1-877-687-1182 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 <a href="#">especialista</a> ?                      | No.                                                                                                                            | Puedes ver el <a href="#">especialista</a> que elige sin <a href="#">remisión</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



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<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                    | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva</a> / <a href="#">examen colectivo</a> / vacuna    | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a><br>(radiografía, análisis de sangre)            | No hay costo                                    | 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) | No hay costo                                    | 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<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="#">lista de medicamentos preferidos</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | <u>Medicamentos</u> se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo.                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                    | No hay costo                                    | 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. |
|                                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | No hay costo                                    | 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. |
|                                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | No hay costo                                    | 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. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                 | No hay costo                                    | 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<br>(Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                        |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>      | No hay costo                                    | No hay costo                                          | -----Ninguno-----                                                                                      |
|                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | No hay costo                                    | No hay costo                                          | -----Ninguno-----                                                                                      |
|                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                    | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                      |
| <b>Si le hospitalizan</b>                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                  |
|                                                                         | Honorarios del médico/cirujano                          | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b> | Sevicios ambulatorios                                   | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa) |
|                                                                         | Servicios internos                                      | No hay costo                                    | 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<br>(Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si está embarazada      | Visitas al consultorio                             | No hay costo                                    | 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                   | No hay costo                                    | 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 | No hay costo                                    | 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<br>(Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. 100 visitas por año.                                                                                                                                                               |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | No hay costo                                    | 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) |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | 60 visitas por año.                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa. 90 días por año en un centro.                                                                                                                                                      |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | No hay costo                                    | No está cubierto                                      | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | 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"> <li>• Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)</li> <li>• Acupuntura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> <li>• No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de rutina de la vista (adulto)</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

- |                                                                                   |                                                                                          |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| • Tratamiento quiropráctico<br>(limitado a 12 visitas de<br>especialista por año) | • Privado-servicio de enfermería<br>(en ambulatorio base limitado 82<br>visitas por año) | • Cuidado de los pies de rutina<br>(relacionado al tratamiento de la<br>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](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: 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](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**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                        | \$0         |
| Copagos                            | \$0         |
| Coseguro                           | \$0         |
| Qué no está cubierto               |             |
| Límites o exclusiones              | \$60        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$60</b> |

**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](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**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                        | \$0         |
| Copagos                            | \$0         |
| Coseguro                           | \$0         |
| Qué no está cubierto               |             |
| Límites o exclusiones              | \$60        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$60</b> |

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

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**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                        | \$0        |
| Copagos                            | \$0        |
| Coseguro                           | \$0        |
| Qué no está cubierto               |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

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





