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.HomeStateHealth.com/2019-brochures.html, o llamar a 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113). 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 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	$2,350 individual/$4,700 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, especialistasy 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 deductibles 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 $6,300 individuo / $12,600 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 1-855-650-3789 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	$25 Copago/visit; no se aplica deducible	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	$50 Copago por/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 Coseguro	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)	30% 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: $25 Copago por/prescription; Correo: /prescription de copagode $75; no se aplica deducible	No está cubierto	Medicamentos son proporcionados por 34 días al detalle 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: $50 Copago por/prescription; Correo: /prescription de copagode $150; no se aplica deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan para hasta 34 días 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)	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan para hasta 34 días por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor x 3.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan para hasta 34 días por menor y hasta 90 días por orden 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)	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% 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 atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$600 Copago por/visit con deducible	$600 Copago por/visit con deducible	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	30% de Coseguro	30% de Coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	$75 Copago por/visit; no se aplica deducible	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$750 de Copago por día con deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Copago de $250 por estancia; no se aplica deducible	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$25 de Copago/office visita (no se aplica deducible); 30% de coseguro para otros servicios	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). Dos evaluaciones de salud mental al año están cubiertas fuera de la red.
	Servicios internos	Copago de $750 por día con deducible	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	$25 Copago/visit; no se aplica deducible	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Copago de $250 por estancia; no se aplica deducible	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, 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	Copago de $750 por día con deducible	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, 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	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Copagode $25 de visita para terapia física y ocupacional (no se aplica deducible); 30% de coseguro para otros servicios	No está cubierto	20 visitas por terapia al año para el OT y PT. (no se aplican límites a los servicios de autismo o terapia del habla).
	Servicios de habilitación	Copagode $25 de visita para terapia física y ocupacional (no se aplica deducible); 30% de coseguro para otros servicios	No está cubierto	20 consultas por terapia al año. (No se aplican límites a los servicios de autismo o terapia del habla).
	Cuidado de enfermería especializada	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 150 días por año, combinado con la rehabilitación de pacientes hospitalizados.
	Equipo médico duradero	30% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	30% de Coseguro	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.)

- 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
- 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 26 visitas por año. Visitas por encima de 26 requieren autorización previa)
- Cuidado dental (adulto)
- Audífonos (1 par por año. Cobertura para todas las edades)
- Tratamiento de la infertilidad (sólo diagnóstico)
- Enfermería privada (autorización previa necesaria, limitada a peryear 82 visitas)
- 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 Home State Health at 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113); Missouri Department of Insurance Phone: 573-751-4126 PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690. 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: Missouri Department of Insurance Phone: 573-751-4126 PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact 1-800-726-7390.

¿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 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113

——————————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 $2,350
- Especialista copago $50
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

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*	$2,400
Copagos	$1,300
Coseguro	$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$4,060**

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 $2,350
- Especialista copago $50
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

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	$1,300
Copagos	$1,700
Coseguro	$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$3,660**

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

- El proveedores general del plan $2,350
- Especialista copago $50
- Hospital (instalaciones) copago $750
- Otro coseguro 30%

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	$1,100
Copagos	$300
Coseguro	$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,800**

*Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte '¿Hay otros deductibles para servicios específicos?' fila arriba

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

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