



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](#), [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 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$850 individual/\$1,700 familia.	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="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Servicios de atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialistas</a> y visitas de la oficina de <a href="#">atención de urgencia</a> , medicamentos de marca preferida y genéricos están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo-compartido</a> y antes de que su <a href="#">deducible</a> . Ver una lista de los cubiertos <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No.	No tienes que cubrir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">red</a> \$2,600 individuo / \$5,200 la familia. No, para no - <a href="#">proveedores</a> de la red.	El <a href="#">límite de desembolso</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que el general familia <a href="#">límite de desembolso</a> se ha encontrado.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , gastos <a href="#">saldo de facturación</a> y atención de la salud este <a href="#">plan</a> no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <a href="#">límite de la hacia fuera-de-bolsillo</a> .

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 1-855-650-3789 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 [deducible](#) si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (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>	\$5 <a href="#">Copago</a> /visit; no se aplica <a href="#">deducible</a>	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> (radiografía, análisis de sangre)	30% de <a href="#">Coseguro</a>	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 <a href="#">Coseguro</a>	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)	
<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 en lista de medicamentos preferidos</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	No hay costo	No está cubierto	<u>Medicamentos</u> son proporcionados por 34 días al detalle y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: \$25 <u>Copago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>Copago</u> de \$75; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan para hasta 34 días 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)	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan para hasta 34 días por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan para hasta 34 días por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% 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	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$100 <u>Copago</u> por/visit con <u>deducible</u>	\$100 <u>Copago</u> por/visit con <u>deducible</u>	----Ninguno----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% de <u>Coseguro</u>	30% de <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$10 <u>Copago</u> /visit; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$200 de <u>Copago</u> por día con <u>deducible</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	\$50 de <u>Copago</u> por estancia; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No carga/consulta (no se aplica <u>deducible</u> ); 30% de <u>coseguro</u> 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	\$200 de <u>copago</u> por día con <u>deducible</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	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>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</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	\$50 de <u>copago</u> por estancia; 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>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</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	\$200 de <u>copago</u> por día con <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>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</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)	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 100 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No carga/consulta de terapia física y ocupacional; 30% de <u>coseguro</u> 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).
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No carga/consulta de terapia física y ocupacional; 30% de <u>coseguro</u> 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).
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 150 días por año, combinado con la rehabilitación de pacientes hospitalizados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	30% de <u>Coseguro</u>	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](#).)

- 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.)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento quiropráctico (limitado a 26 visitas por año. Visitas por encima de 26 requieren autorización previa)</li><li>• Cuidado dental (adulto)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (1 par por año. Cobertura para todas las edades)</li><li>• Tratamiento de la infertilidad (sólo diagnóstico)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería privada (autorización previa necesaria, limitada a peryear 82 visitas)</li><li>• Cuidado de rutina de la vista (adulto)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de rutina de los pies (para el tratamiento de la diabetes)</li></ul> |
|---|--|--|--|

**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](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: 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, kwijigo 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](#) \$850
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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*	\$900
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,460</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](#) \$850
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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*	\$900
Copagos	\$300
Coseguro	\$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,860</b>

### Fractura simple de Mia

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

- El [proveedores general del plan](#) \$850
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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*	\$900
Copagos	\$20
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,420</b>

\*Nota: Este [plan](#) tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte '¿Hay otros [deducibles](#) 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.

