



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.IlliniCare.com/2020-brochures.html>, o llamar a 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431). 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 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	\$7,100 individual / \$14,200 Familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deductible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible ?	Sí. Servicios de atención preventiva , atención primaria, especialistas , y visitas al consultorio de atención de urgencia , trabajo de laboratorio, examen de la vista de los niños y anteojos, genéricos y están cubiertos antes de cumplir con su deductible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla con su deductible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deductible por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los deductibles para servicios específicos .
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores de red : \$8,150 individual / \$16,300 Familia. No, para proveedores que no son de red.	El límite de gastos de su bolsillo 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 su bolsillo hasta que se haya cumplido con el límite general de gastos de la familia .
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el límite de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte Buscar un proveedor o llame 1-855-745-5507 para obtener una lista de proveedores de red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia .



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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
	Visita al especialista	\$75 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	Sin cargo	No cubierto	----Ninguno----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$35 Copay / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica deducible); 50% Coseguro para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera 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 al por menor: \$20 <u>Copago</u> / receta; Pedido por correo: \$50 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera 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	50% <u>Coseguro</u>	50% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	Transporte médico de emergencia	50% <u>Coseguro</u>	50% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	Atención de urgencia	\$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$35 <u>Copago</u> / visita a la oficina (no se aplica el <u>deducible</u>); 50% <u>Coseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera 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	\$35 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 60 Visitas al año. 20 Visitas por año por terapia (PT, OT, ST).
	Servicios de habilitación	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 artículo por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No 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 .)			
• Acupuntura	• Cuidado a largo plazo	• Odontólogos	• Programas de pérdida de peso
• Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.	• Cuidado ocular de rutina (adulto)		

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan document.)			
• Aborto	• Cirugía bariátrica	• Cuidado quiropráctico (limitado a 25 visitas especializadas por período de beneficios)	• Enfermería de servicio privado (de forma ambulatoria)
• Audífonos (dos elementos por tres años)	• Cirugía estética (corrección de deformitas congénitos, o condiciones de lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)	• Cuidado rutinario del pie (para el tratamiento de la diabetes)	• Tratamiento de la infertilidad (Ver política para obtener detalles de cobertura)

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 IlliniCare Health at 1-855-745-5507 (TTY/TDD: 1-844-517-3431); Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington, 4th Floor, Springfield, IL 62767, Phone No. 1-217-782-4515. 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: Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington, 4th Floor, Springfield, IL 62767, Phone No. 1-217-782-4515. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact (877) 527-9431

¿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](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 855-745-5507, TTY/TDD 866-565-8576

—————*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	\$7,100
Especialista copago	\$75
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al especialista (*atención prenatal*)
- Servicios de parto profesionales
- Servicios de instalaciones de partos profesionales
- Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
- Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$2,500
Copagos	\$1,080
Coseguro	\$4,540
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$8,180

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	\$7,100
Especialista copago	\$75
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
- Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
- Medicamentos por recetas
- Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$3,500
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$1,790
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$6,950

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

El proveedores general del plan	\$7,100
Especialista copago	\$75
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
- Prueba diagnóstica (*radiografía*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$800
Copagos	\$200
Coseguro	\$800
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

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

Declaración de no discriminación

Ambetter de IlliniCare Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de IlliniCare Health no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de IlliniCare Health:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de IlliniCare Health a 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431).

Si considera que Ambetter de IlliniCare Health no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from IlliniCare Health, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 92050, Elk Grove Village, IL 60009-2050, 1-855-745-5507 (TTY/TDD 1-844-517-3431), Fax 1-877-668-2076, Email gareferrals@centene.com. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de IlliniCare Health está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

