



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 <a href="#">deductible</a> general?	\$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deductible</a> ?	No hay <a href="#">deductible</a> .	No hay <a href="#">deductible</a> . Consulte una lista de <a href="#">los servicios preventivos cubiertos</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.	Usted no tiene que cumplir con los deductibles para servicios <a href="#">específicos</a> .
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores de red</a> : \$8,150 individual / \$16,300 Familia. No, para <a href="#">proveedores</a> que no son de red.	El <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</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 su bolsillo</a> hasta que se haya cumplido con el límite general de <a href="#">gastos de la familia</a> .
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el <a href="#">límite 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. Consulte <a href="#">Buscar un proveedor</a> o llame 1-855-745-5507 para obtener una lista de proveedores de <a href="#">red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y puede recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan (facturación de saldo)</a> . Tenga en cuenta que el proveedor de <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin <a href="#">una referencia</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 (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	\$45 <a href="#">Copay</a> / visita	No cubierto	----Ninguno----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$95 <a href="#">Copay</a> / visita	No cubierto	----Ninguno----
	<a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</a>	Sin cargo	No cubierto	----Ninguno----
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$45 <a href="#">Copay</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <a href="#">deductible</a> ); 50% <a href="#">Coseguro</a> 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% <a href="#">Coseguro</a>	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)	
<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)	venta al por menor: \$36 <u>Copago</u> / receta; Pedido por correo: \$90 <u>Copay</u> / receta	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.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> (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.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	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	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	50% <u>Coseguro</u>	50% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	50% <u>Coseguro</u>	50% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60 <u>Copay</u> / visita	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	\$45 <u>Visita de Copago</u> / oficina; 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.

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en

<https://api.centene.com/EOC/2020/27833IL015.pdf>

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	\$45 <u>Copay</u> / visita	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).

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en

<https://api.centene.com/EOC/2020/27833IL015.pdf>

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>	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	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).
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	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-----

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en

<https://api.centene.com/EOC/2020/27833IL015.pdf>

## 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
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado a largo plazo
- 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.)

- Aborto
- Cirugía estética (corrección de deformitas congénitas, o condiciones de lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los ojos de rutina (adulto-una visita y un artículo por año. Se aplican límites en dólares.)
- Cuidado dental (se aplican límites de artículos para adultos por año. \$1,000 límite anual en dólares por año.)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 25 visitas especializadas por período de beneficios)
- Cuidado rutinario del pie (para el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería de servicio privado (de forma ambulatoria)
- 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](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: 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 <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Especialista copago</a>	\$95
Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	50%
Otro <a href="#">coseguro</a>	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	\$0
Copagos	\$1,800
Coseguro	\$4,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,460</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Especialista copago</a>	\$95
Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	50%
Otro <a href="#">coseguro</a>	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	\$0
Copagos	\$2,400
Coseguro	\$2,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,160</b>

### Fractura simple de Mia

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

El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
<a href="#">Especialista copago</a>	\$95
Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>	50%
Otro <a href="#">coseguro</a>	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	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$800
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,100</b>

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](mailto: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>.

