



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, la visita <https://ambetter-es.coordinatedcarehealth.com/2020-brochures.html> o llame al 1-877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238). 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 llame al 1-877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$3,350 por individuo y \$6,700 por familia | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Atención preventiva , atención primaria, especialista y visitas al consultorio de atención urgente , medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que cumpla con su deducible . | Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . "Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | Para proveedores de la red , \$7,450 por individuo y \$14,900 por familia. No, para proveedores fuera de la red . | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límites de su propio bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de su propio bolsillo familiar total. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , facturación del saldo , atención médica que este plan no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por proveedores fuera de la red . | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo . |

| | | |
|--|--|---|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica? | Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-687-1197 para una lista de proveedores de la red . | Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la deferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No. | Usted puede ver al especialista que elija sin una referencia . |

 Todos los costos de [copago](#) y [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 | Copago de \$30 / visita; deducible no se aplica | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| | Visita al especialista | Copago de \$60 / visita; deducible no se aplica | No está cubierto | ----Ninguno---- |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | No hay costo; deducible no se aplica | No está cubierto | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Coseguro del 30% | 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) | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |

*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [\[https://api.centene.com/EOC/2020/61836WA005.pdf\]](https://api.centene.com/EOC/2020/61836WA005.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 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 | Minoristas: Copago de \$25 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 días): Copago de \$62.50 / receta; deducible no se aplica | No está cubierto | Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. |
| | Medicamentos de marcas preferidas | Minoristas: Copago de \$50 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 días): Copago de \$125 / receta; deducible no se aplica | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | Coseguro del 40% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. |
| | Medicamentos especializados | Coseguro del 40% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días de comercios de ventas al por menor y hasta por 30 días a través de pedido por correo. |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Copago de \$600 / visita; antes del deducible | Copago de \$600 / visita; antes del deducible | Por servicios de emergencia recibidos en Washington, usted sólo será responsable de las cantidades de costos compartidos dentro de la red . No se permite que los proveedores y hospitales de Washington le facturen el saldo, independientemente del estado de la red . Por servicios de emergencia fuera de la red |

*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [\[https://api.centene.com/EOC/2020/61836WA005.pdf\]](https://api.centene.com/EOC/2020/61836WA005.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) | |
| | | | | recibidos en otros estados, es posible que usted sea responsable de los costos adicionales de su propio bolsillo hasta la diferencia entre los gastos facturados y la cantidad permitida por el plan . (Consulte la nota sobre la facturación del saldo que se encuentra en la parte superior de esta tabla). |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 30% | Coseguro del 30% | El pago por transporte de emergencia dentro del área de servicio proporcionado por ambulancias fuera de la red se basará en los cargos facturados por el proveedor o en una tarifa negociada. El pago por transporte de emergencia fuera del área de servicio se basará en el mayor de los tres métodos descritos en su Evidencia de Cobertura (EOC, siglas en inglés). Lea su EOC para obtener información más específica. |
| | Atención de urgencia | Copago de \$60 / visita; deducible no se aplica | No está cubierto | -----Ninguno----- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | Copago de \$750 por día antes del deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | No hay costo; deducible no se aplica | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Copago de \$30 / visita al consultorio (deducible no se aplica); Coseguro de 30% para todos los otros servicios para pacientes ambulatorios | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa) |
| | Servicios internos | Copago de \$750 por día antes del deducible | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Copago de \$30 / visita; deducible no se aplica | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros |

ción acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en

<https://api.centene.com/EOC/2020/61836WA005.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) | |
| | | | | servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención . 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 | No hay costo; deducible no se aplica | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención . 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 antes del deducible | No está cubierto | Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención . 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). |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | Coseguro del 30% | No está cubierto | 130 visita(s) por año |
| | Servicios de rehabilitación | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año.) |
| | Servicios de habilitación | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año. |
| | Cuidado de enfermería especializada | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 60 días por año. |

ción acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [OC/2020/61836WA005.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) | |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Coseguro del 30% | No está cubierto | Puede requerirse autorización previa. 14 días por toda la vida para respirador cubierto conjuntamente con servicios de hospicio. |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | No hay costo; deducible no se aplica | No está cubierto | 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | No hay costo; deducible no se aplica | No está cubierto | 1 punto por año. Limitado a un marco y un par (dos lentes) por año calendario o contactos en lugar de gafas. |
| | Chequeo dental pediátrico | No está cubierto | No está cubierto | -----Ninguno----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

| | | |
|---|--|--|
| <p>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.)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Atención a largo plazo Cirugía bariátrica Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado dental Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos Cuidado rutinario de la vista | <ul style="list-style-type: none"> Programas de pérdida de peso Servicio de enfermería privada |
| <p>Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Aborto Acupuntura (Limitado a 12 visita(s) por año. Un número ilimitado de visitas para tratamiento de la dependencia química) | <ul style="list-style-type: none"> Audífonos (cobertura para los implantes cocleares solamente) Cuidado quiropráctico (Limitado a visitas de 10 especialistas por año) | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado rutinario de los pies (para el tratamiento de la diabetes) Tratamiento de la infertilidad (Cobertura para el diagnóstico de la infertilidad sólo) |

*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/2020/61836WA005.pdf>.

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 Coordinated Care at 1-877-687-1197 (TTY/TTD 1-877-941-9238); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080. 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](#) o [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: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [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 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).

-----*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](#). Ponga atención a las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [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 deducible general del plan | \$3,350 |
| ■ Especialista copago | \$60 |
| ■ 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:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,350 |
| Copagos | \$1,400 |
| Coseguro | \$300 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,110 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$3,350 |
| ■ Especialista copago | \$60 |
| ■ 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:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,300 |
| Copagos | \$1,800 |
| Coseguro | \$600 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,760 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$3,350 |
| ■ Especialista copago | \$60 |
| ■ 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:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$800 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$300 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,300 |

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