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?	$0 en Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) o con referencia IHCP en no IHCP; o $7,050 por individuo y $14,100 por familia	Por lo general, debera 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, $7,050 por individuo y $14,100 por familia. No, para proveedores fuera de la red.	El limite a los gastos directos del bolsillo es el maximo que podria pagar en un ano 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 limite 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 podria 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 de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	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	No hay costo	Copago de $30 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Visita al especialista	No hay costo	Copago de $60 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	No hay costo	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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No hay costo	No hay costo	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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
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	No hay costo	Minoristas: Copago de $15 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 dias): Copago de $37.50 / 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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Medicamentos de marcas preferidas	No hay costo	Minoristas: Copago de $50 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 dias): 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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Medicamentos de marcas no preferidas	No hay costo	No hay costo	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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos especializados	No hay costo	No hay costo	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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No hay costo	No hay costo	No hay costo	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 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). Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Transporte médico de emergencia	No hay costo	No hay costo	No hay costo	El pago por transporte de emergencia dentro del área de servicio proporcionado por

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
					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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Atención de urgencia	No hay costo	Copago de $60 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No hay costo	Copago de $30 / visita al consultorio (deducible no se aplica); No hay costo 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). Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Servicios internos	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No hay costo	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 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). Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Servicios de parto profesionales	No hay costo	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. 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,

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
					ultrasonido). Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No hay costo	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. 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). Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	130 visita(s) por año. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Servicios de rehabilitación	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año.) Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Servicios de habilitación	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Cuidado de enfermería especializada	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 60 días por año. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Equipo médico duradero	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.

*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].

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor en la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No hay costo	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 14 días por toda la vida para respiro cuidado cubierto conjuntamente con servicios de hospicio. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No hay costo	No hay costo; deducible no se aplica	No está cubierto	1 visita al año. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Anteojos para niños	No hay costo	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. Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	Se eximió el costo compartido en no IHCP con la referencia de IHCP.

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.)

- Atención a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Cuidado rutinario de la vista
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Aborto
- Acupuntura (Limitado a 12 visita(s) por año. Un número ilimitado de visitas para tratamiento de la dependencia química)
- Audífonos (cobertura para los implantes cocleares solamente)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a visitas de 10 especialistas por año)
- 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 Coordianted 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, kwiijigo 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	$7,050
Especialista copago	$60
Hospital (instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

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	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$60

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	$7,050
Especialista copago	$60
Hospital (instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

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	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	$60

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

El deducible general del plan	$7,050
Especialista copago	$60
Hospital (instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

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	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$0

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP), o con referencia de un IHCP para un proveedor que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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