



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.AZcompletehealth.com/2020-brochures.html>, or call 1-888-926-5057 (TTY 711). 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 1-888-926-5057 (TTY 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deductible general? | \$0 | Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por servicios que cubre este plan . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible ? | No hay deducible . | No hay deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos? | No. | Usted 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 red: \$2,700 individual / \$5,400 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 , cargos por facturación de saldo 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 1-888-926-5057 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 [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 proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$8 Copago / visita | No cubierto | ----Ninguno---- |
| | Visita al especialista | \$15 Copago / visita | No cubierto | ----Ninguno---- |
| | Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna | Sin cargo | No cubierto | ----Ninguno---- |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$20 Copago / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio; 40% 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) | 40% 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: \$8 <u>Copago</u> / receta; Pedido por correo: \$20 <u>Copago</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) | venta al por menor: \$30 <u>Copago</u> / receta; Pedido por correo: \$75 <u>Copago</u> / receta | 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) | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% <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 | 40% <u>Coseguro</u> | 40% <u>Coseguro</u> | ----Ninguno---- |
| | Transporte médico de emergencia | 40% <u>Coseguro</u> | 40% <u>Coseguro</u> | ----Ninguno---- |
| | Atención de urgencia | \$10 <u>Copago</u> / visita | No cubierto | ----Ninguno---- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | \$8 <u>Visita de Copago</u> / oficina; 40% <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 | 40% <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 | \$8 <u>Copago</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 | 40% <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 | 40% <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/2020/91450AZ008.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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. 42 visitas al año. |
| | Servicios de rehabilitación | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | 60 Visitas combinadas por año para PT, OT, ST, cardíaco y pulmonar. |
| | Servicios de habilitación | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. 60 Visitas al año. El límite de la visita no se aplica cuando se proporciona tratamiento para un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias/salud mental. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. 90 Días al año. |
| | Equipo médico duradero | 40% <u>Coseguro</u> | No cubierto | Es posible que se requiera autorización previa. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 40% <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](#).)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado a largo plazo
- Odontólogos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- 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.)

- Audífonos (limitados a 1 por oído por año)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 20 visitas especializadas por año)
- Enfermería de servicio privado (cubierta cuando sea médicamente necesario)
- Tratamiento de la infertilidad (solo diagnóstico)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario del pie (cubierto sólo en relación con el tratamiento de la diabetes)

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 Arizona Complete Health at 1-888-926-5057 (TTY 711); Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102 Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548. 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: Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102 Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548.

¿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 1-888-926-5057 (TTY 711)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-926-5057 (TTY 711)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-926-5057 (TTY 711)

—————*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 | \$0 |
| Especialista copago | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

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 | \$500 |
| Coseguro | \$2,200 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,760 |

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 | \$0 |
| Especialista copago | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

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 | \$1,100 |
| Coseguro | \$700 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,860 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|------|
| El proveedores general del plan | \$0 |
| Especialista copago | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

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 | \$50 |
| Coseguro | \$700 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$750 |

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



La discriminación es contra la ley

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Arizona Complete Health:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como: intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Contacto con el Cliente de:

Arizona Complete Health: 1-866-918-4450 (TTY: 711)

Si considera que Arizona Complete Health no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante el Director General de Cumplimiento (Chief Compliance Officer), Cheyenne Ross. Puede presentar la queja en persona o por correo, fax, o correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se percate de lo que se cree que es discriminación.

Presente su queja a:

Arizona Complete Health- Chief Compliance Officer-Cheyenne Ross

1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281. Fax: 1-866-388-2247

Correo electrónico: AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY).

Los formularios para presentar quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

