



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://Ambetter-es.ARHealthWellness.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Proveedores de la red : \$1,150 por individuo y \$2,300 por familia. Proveedor fuera de la red : \$5,000 por individuo y \$10,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad 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.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva , atención primaria, especialista y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, rayos X, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$4,450 por individuo y \$8,900 por familia. Para proveedor fuera de la red : \$15,000 por individuo y \$30,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392) para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, proveedores cubiertos en su totalidad, no aplica deducible .
	Consulta con un especialista	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$25 Copago / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica deducible); \$60 Copago / prueba para rayos X e imágenes diagnósticas (no se aplica deducible)	50% Coseguro ; deducible no se aplica	Puede que sea necesaria una autorización previa. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en Lista de Medicamentos Preferidos .	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$25 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$50 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
	Medicamentos de especialidad	Al por menor: 30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% Coseguro	20% Coseguro	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	20% Coseguro	20% Coseguro	-----Ninguno-----

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Atención de urgencia	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	-----Ninguno-----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$25 / visita al consultorio (deducible no aplica); Coseguro del 20% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	Coseguro del 50% / visita al consultorio (deducible no aplica); Coseguro del 50% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	Puede que sea necesaria una autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% Coseguro	50% Coseguro	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 50 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año para terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional y atención de quiropráctico ambulatorias.
	Servicios de habilitación	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año para servicios de habilitación ambulatoria; limitado a 180 visitas al año para servicios de desarrollo.
	Atención de enfermería especializada	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los beneficios paliativos, en hospital, en el hogar o ambulatorios están disponibles para una persona enferma terminal con cobertura para un período continuo hasta de 180 días de por vida para una persona con cobertura.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	Sin costo; deducible no se aplica	Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible no se aplica	Sin costo; deducible no se aplica	Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|----------------------|--|
| • Aborto | • Atención dental | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos |
| • Acupuntura | • Cirugía bariátrica | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención a largo plazo | • Cirugía estética | • Servicio de enfermería privada |
| • Atención de la vista de rutina (Adulto) | | |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| • Audífonos (Limitado a 1 par cada 3 años.) | • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | • Tratamiento de la infertilidad (La cobertura incluye pruebas para diagnosticar la infertilidad, asesoría sobre infertilidad y servicios de planificación; también están cubiertos los procedimientos de fertilización in vitro.) |
| • Cuidado quiropráctico (Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año (combinadas para atención de quiropráctico, terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional).) | | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392); Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$1,150
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$1,150
Copagos	\$500
Coseguro	\$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,210

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$1,150
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,020

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$1,150
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$1,150
Copagos	\$300
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,650

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