



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.SunflowerHealthPlan.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	No se aplica.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	No se aplica.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. <a href="#">Encontrar un proveedor</a> o llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una derivación.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (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	Sin cargo	No cubierto	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <u>proveedores</u> cubiertos en su totalidad. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo	No cubierto	Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u>

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo)	
	positrones, imágenes por resonancia magnética)			a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <u>Lista de Medicamentos Preferidos</u> .	Medicamentos genéricos	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u>

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo)	
				a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	Sin cargo	Sin cargo	Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo	No cubierto	Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo / visita al consultorio; Sin costo para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	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 <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No cubierto	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo)	
				maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Nota: Limitado a 3 visitas educativas al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. No hay límite para la terapia ocupacional y la terapia física; la terapia del habla limitada a 1 servicio al día, hasta un beneficio máximo de 90 servicios diarios al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	No cubierto	No cubierto	No están cubiertos Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo)	
	<a href="#"><u>Equipo médico duradero</u></a>	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<a href="#"><u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u></a>	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Anteojos para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 3 conjuntos de lentes y monturas al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS001.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 (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Cirugía estética   |
| • Acupuntura   | • Atención dental                         | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos |
| • Atención a largo plazo   | • Audífonos                               | • Programas de pérdida de peso                                     |
|  | • Cirugía bariátrica                      |  |

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

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| • Cuidado quiropráctico  | • Servicio de enfermería privada | • Tratamiento de la infertilidad (Limitado al diagnóstico y tratamiento de la causa de la infertilidad.) |
| • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) |                                  |  |

**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 Sunflower Health Plan a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713); Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071.. 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](http://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: Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071.

#### **¿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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

**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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$0
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

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	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$60</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$0
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

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)

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$0
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$0
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	0%

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	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$20</b>

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Absolute Total Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Chinese:** 如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於Ambetter from Absolute Total Care方面的問題, 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話, 請撥電話1-833-270-5443 (Relay 711).

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Absolute Total Care, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돋고 있는 어떤 사람�이 Ambetter from Absolute Total Care,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-270-5443 (Relay 711)로 전화하십시오.

**French:** Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Ambetter from Absolute Total Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète,appelez le 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Absolute Total Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Russian:** В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Absolute Total Care, вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-270-5443 (Relay 711).

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Absolute Total Care, hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-833-270-5443 (Relay 711) an.

**Gujarati:** જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહા હોય તેમને, Ambetter from Absolute Total Care, વિશે કોઈ પુષ્ટ હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દાખાણિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-270-5443 (Relay 711). ઉપર કોલ કરો.

Arabic: إذاً كان لديك أو لدى شخص شفاعة أسللة حول Ambetter من Absolute Total Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون آية تكاليف. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Portuguese:** Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Absolute Total Care, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-270-5443 (Relay 711).

**Japanese:** Ambetter from Absolute Total Care, について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-833-270-5443 (Relay 711)。までお電話ください。

**Ukrainian:** В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Absolute Total Care ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-833-270-5443 (Relay 711).

Hindi: आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Absolute Total Care, के बारे में कोई सवाल हैं, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दूधांशु से से बात करने के लिए 1-833-270-5443 (Relay 711), पर कॉल करें।

### Declaración de no discriminación

Ambetter de Absolute Total Care 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 Absolute Total Care no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Absolute Total Care:

- 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 from Absolute Total Care at 1-833-270-5443 (Relay 711).

Si considera que Ambetter de Absolute Total Care 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 Absolute Total Care, ATTN: Ambetter Grievances and Appeals Department, 12515-8 Research Blvd, Suite 400, Austin, TX 78759, 1-833-270-5443 (Relay 711), Fax: 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Absolute Total Care 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>.