



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.PAHealthwellness.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-833-510-4727 (Relay 711). 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 1-833-510-4727 (Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$0 con <a href="#">Proveedores</a> de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; \$1,150 por individuo y \$2,300 por familia.  | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> , 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 <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</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> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$4,450 por individuo y \$8,900 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .   | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.  |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.   | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del 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 1-833-510-4727 (Relay 711) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .  | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">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 <a href="#">derivación</a> . |
|---|-----|--|

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

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin Cargo  | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica        | No cubierto  | Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <a href="#">proveedores</a> cubiertos en su totalidad, no aplica <a href="#">deducible</a> . Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | Sin Cargo  | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica        | No cubierto  | Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>                       | Sin Cargo  | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                   | No cubierto  | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | Sin Cargo  | \$25 <a href="#">Copago</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de | 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.  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|  |  |  | laboratorio (no se aplica <a href="#">deducible</a> ); \$60 <a href="#">Copago</a> / prueba para rayos X e imágenes diagnósticas (no se aplica <a href="#">deducible</a> ) |  | Vea su póliza para obtener más detalles. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> . | Medicamentos genéricos   | Sin Cargo  | Al por menor: \$25 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|  | Medicamentos de marca preferidos   | Sin Cargo  | Al por menor: \$50 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del  |
|  | Medicamentos de marca no preferidos  | Sin Cargo  | Al por menor: 30% <a href="#">Coseguro</a>   | 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/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|                                       |   |  |   |  | precio de venta al por menor. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|                                       | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | Sin Cargo  | Al por menor: 30% <a href="#">Coseguro</a>  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
| Si necesita atención médica inmediata | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | 20% <a href="#">Coseguro</a>                       | Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|                                       | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | 20% <a href="#">Coseguro</a>                       | Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más)                                  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|                             | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | Sin Cargo  | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                             | Tarifas del médico/cirujano                         | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios   | Sin Cargo  | <a href="#">Copago</a> de \$25 / visita al consultorio ( <a href="#">deducible</a> no aplica); <a href="#">Coseguro</a> del 20% para 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). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
| Si está embarazada   | Visitas al consultorio                  | Sin Cargo  | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 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 <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|   | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | 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. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|   | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  |  |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla; un límite combinado de 30 visitas al año aplica para terapia física y ocupacional; un límite combinado de 36 visitas al año aplica para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancia. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|                            |   |  |   |  | <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla; un límite combinado de 30 visitas al año aplica para terapia física y ocupacional; un límite combinado de 36 visitas al año aplica para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancia. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 120 días al año. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
|                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin Cargo  | 20% <a href="#">Coseguro</a>                | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Atención de alivio: Limitado a un máximo de 7 días cada 6 meses. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.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 paga la menor cantidad) | Proveedor dentro de la red (Usted paga más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|  |                                |  |   |  | (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .  |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños  | Sin Cargo  | Sin costo                                   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 examen al año. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .   |
|  | Anteojos para niños            | Sin Cargo  | Sin costo                                   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|  | Control dental para niños      | Sin Cargo  | No están cubiertos                          | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----   |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</p>                                     |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> <li>• Servicio de enfermería privada</li> </ul> |
| <p>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</p>  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 consultas con <a href="#">especialistas</a> por año)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad (Sólo está cubierto para la inseminación artificial)</li> </ul>  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/86199PA001.pdf>.

**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 PA Health & Wellness a 1-833-510-4727 (Relay 711); Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.. 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: Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.

### ¿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 1-833-510-4727 (Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-510-4727 (Relay 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-510-4727 (Relay 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-510-4727 (Relay 711).

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

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

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 de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Spanish:</b>              | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from PA Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-510-4727 (Relay 711).   |
| <b>Chinese:</b>              | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於Ambetter from PA Health & Wellness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 1-833-510-4727 (Relay 711)。   |
| <b>Vietnamese:</b>           | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).   |
| <b>Russian:</b>              | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from PA Health & Wellness, вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-510-4727 (Relay 711). |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b>   | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from PA Health & Wellness, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyva in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyva, kaw! 1-833-510-4727 (Relay 711).                                       |
| <b>Korean:</b>               | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from PA Health & Wellness,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-510-4727 (Relay 711) 로 전화하십시오.  |
| <b>Italian:</b>              | Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from PA Health & Wellness, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami il 1-833-510-4727 (Relay 711).  |
| <b>Arabic:</b>               | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from PA Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-510-4727 (Relay 711).  |
| <b>French:</b>               | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Ambetter from PA Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-510-4727 (Relay 711).   |
| <b>German:</b>               | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711) an.                                   |
| <b>Gujarati:</b>             | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from PA Health & Wellness, વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુ.ભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-510-4727 (Relay 711) ઉપર કોલ કરો.  |
| <b>Polish:</b>               | Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów za pośrednictwem Ambetter from PA Health & Wellness, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-833-510-4727 (Relay 711).                                  |
| <b>French Creole:</b>        | Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from PA Health & Wellness, ou gen tout dwa pou w jwenn ed ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-833-510-4727 (Relay 711).  |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian:</b> | ប្រសិនបើលោកអ្នកឬ គ្រូបង្ហាត់ដៃលម្អិតកំពុងតែជួយមាឌបញ្ឈប់ពី Ambetter from PA Health & Wellness អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរឬភាសាខ្មែរដើមរបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទាក់ទងទៅកាន់អ្នកបកប្រែភាសាខ្មែរ 1-833-510-4727 (Relay 711)។   |
| <b>Portuguese:</b>           | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from PA Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-510-4727 (Relay 711).   |

### Declaración de no discriminación

Ambetter de PA Health & Wellness 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 PA Health & Wellness no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de PA Health & Wellness:

- 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 de PA Health & Wellness a 1-833-510-4727 (Relay 711).

Si considera que Ambetter de PA Health & Wellness 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 PA Health & Wellness, Attn: Ambetter Grievances and Appeals Department, 12515-8 Research Blvd, Suite 400, Austin, TX 78759, 1-833-510-4727 (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 PA Health & Wellness 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>.