



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.AZcompletehealth.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-888-926-5057 (TTY: 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 1-888-926-5057 (TTY: 711) 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 1-888-926-5057 (TTY: 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> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Circunstancia médica común                             | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                               |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        |                                                                               | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | 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                                                                          | 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>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. 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> . |
|                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de | 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/2021/91450AZ018.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                                               |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                              | positrones, imágenes por resonancia magnética)            |                                                                                   |                                                                                      | a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>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                                    | Al por menor: Sin cargo                                                           | 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. 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                          | Al por menor: Sin cargo                                                           | 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 90 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> . |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca no preferidos                       | Al por menor: Sin cargo                                                           | 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 90 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> . |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | Al por menor: Sin cargo                                                           | 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> .     |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                   | 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 <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                                                                         | No cubierto                                                                          | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.pdf>.

| Circunstancia médica común            | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                                                               |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                                                     | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                       |                                                     |                                                                                   |                                                                                      | 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                                                                         | Sin cargo                                                                            | 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="#">Transporte médico de emergencia</a>     | Sin cargo                                                                         | Sin cargo                                                                            | 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 de urgencia</a>                | Sin cargo                                                                         | 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                                                                         | 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                                                                         | 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/2021/91450AZ018.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                   |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                       | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)                     | No <u>Proveedor</u> 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). 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> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | 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> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <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). 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> . |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                                                          | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos 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](https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.pdf) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                          | Servicios que podría necesitar     | Lo que usted pagará                                                               |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                    | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No <u>Proveedor</u> 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). 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 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. Limitado a 42 visitas al año. 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>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo                                                                         | No cubierto                                                                          | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año (combinadas para terapia física ambulatoria, del habla, ocupacional cardíaca y pulmonar). 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>Servicios de habilitación</u>   | Sin cargo                                                                         | No cubierto                                                                          | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año (combinadas para terapia física ambulatoria, del habla, ocupacional cardíaca y pulmonar)<br>Nota: Este límite de visitas no aplica cuando el tratamiento se proporciona para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancias. 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> . |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.pdf) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.pdf>.

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                                               |                                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                                 | <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin cargo                                                                         | No cubierto                                                                          | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 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 <a href="#">remite</a> a un <u>proveedor</u> 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                                                                         | 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 <a href="#">remite</a> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .       |
| <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. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                 |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo                                                                         | No están cubiertos                                                                   | Limitado a 1 artículo al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                               |
|                                                             | 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/2021/91450AZ018.pdf) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/91450AZ018.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 a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.)
- Cirugía bariátrica
- Servicio de enfermería privada
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 al año.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad. Los servicios para tratar las afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad están cubiertos (por ej. endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio y deficiencia hormonal).)
- Audífonos (Limitado a un audífono por oído al año.)
- 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 Arizona Complete Health a 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. 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: 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? 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 1-888-926-5057 (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, kwijijgo holne' 1-888-926-5057 (TTY: 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 <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         |
| Lo que no está cubierto            |             |
| 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*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| 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              | \$20        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$20</b> |

### 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="#">coseguro</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 | \$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> |

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



Attention: If you speak a language other than English, oral interpretation and written translation are available to you free of charge to understand the information provided. Call 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).

[illegible]

# 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](mailto: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>