



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/2022-brochures.html> o llamar al 1-866-918-4450 (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 1-866-918-4450 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$250 por individuo y \$500 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, y de <a href="#">atención de urgencia</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, 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> , \$2,700 por individuo y \$5,400 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 <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc">https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc</a> o llame al 1-866-918-4450 (TTY 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.   | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .  |

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

| Circunstancia médica común                             | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|--|--|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$5 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica  | No cubierto  | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.  |
|  | Consulta con un <u>especialista</u>   | \$30 <u>Copago</u> / visita  | No cubierto  | Cubierto sin límite.  |
|  | <u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas                                | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica   | 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 se realiza un examen                                | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)             | \$20 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>35% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>35% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.<br><br>El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|  |  | rayos X en otros lugares de servicio  |  |   |
|  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 35% <a href="#">Coseguro</a>  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.az.completehealth.com/2022formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.az.completehealth.com/2022formulary">https://ambetter.az.completehealth.com/2022formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)   | Vendedor genérico preferido: \$5 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$10 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
|  | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)   | Al por menor: \$40 <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 precio de venta al por menor.                   |
|  | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)  | Al por menor: 50% <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.   |
|  | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)   | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>  | No cubierto  |   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)  | 35% <a href="#">Coseguro</a>  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano  | 35% <a href="#">Coseguro</a>  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|
|   |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 35% <a href="#">Coseguro</a>   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 35% <a href="#">Coseguro</a>   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.  |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Cubierto sin límite.   |
| <b>Si necesita hospitalización</b>  | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 35% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
|   | Tarifas del médico/cirujano                         | 35% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios               | <a href="#">Copago</a> de \$5/visita al consultorio ( <a href="#">deducible</a> no se aplica); <a href="#">Coseguro</a> de 35% para otros servicios ambulatorios | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).  |
|   | Servicios para pacientes hospitalizados             | 35% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                              | \$5 <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). |

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                 |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|--|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto           | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. 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). |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto           | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 42 visitas al año.  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 60 visitas por año (combinadas para terapia física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.   |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | 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) Nota: Este límite de visitas no aplica cuando el tratamiento se proporciona para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancias.   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|  | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 35% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará                                 |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|---|--|---|
|   |                                | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños  | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                             |
|   | Anteojos para niños            | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.                           |
|   | Control dental para niños      | No están cubiertos                                  | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----                                       |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>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>).</b>  |   |   |
| <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 (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (Niños)</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> </ul>  |
| <b>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>).</b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.)</li> <li>• Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 al año.)</li> <li>• Audífonos (Limitado a un audífono por oído al año.)</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)</li> <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>• Servicio de enfermería privada</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> 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).)</li> </ul> |

**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 1-866-918-4450 (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? No Corresponde**

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 1-866-918-4450 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-918-4450 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-918-4450 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-918-4450 (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> | \$250 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 35%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 35%   |

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*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$250          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$2,100        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,710</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> | \$250 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 35%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 35%   |

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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$250          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$900          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,370</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> | \$250 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$30  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 35%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 35%   |

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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$250          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$100          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$800          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,150</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).

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Spanish</b>             | Si habla español, dispone sin cargo alguno de interpretación oral y traducción escrita. Llame al 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).  |
| <b>Navajo</b>              | Diné k'ehjí yáníłti'go ata' hane' ná hóló dóó naaltsoos t'áá Diné k'ehjí bee bik'e'ashchíigo nich'í' ádooníłgo bee haz'á áldó' áko díí t'áá át'é t'áá jíík'e kót'éego nich'í' ąą'át'é. Kojí' hólne' 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| <b>Chinese (Mandarin)</b>  | 若您讲中文，我们会免费为您提供口译和笔译服务。请致电 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)。  |
| <b>Chinese (Cantonese)</b> | 我們為中文使用者免費提供口譯和筆譯。請致電 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)  |
| <b>Vietnamese</b>          | Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ thông dịch bằng lời và biên dịch văn bản miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).  |
| <b>Arabic</b>              | إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك ترجمة شفوية وترجمة تحريرية مجاناً<br>اتصل بالرقم 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)م.   |
| <b>Tagalog</b>             | Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, mayroong libreng oral na interpretasyon at nakasulat na pagsasalin na maaari mong gamitin. Tumawag sa 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).  |
| <b>Korean</b>              | 한국어를 하실 경우, 구두 통역 및 서면 번역 서비스를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)번으로 전화하십시오.  |
| <b>French</b>              | Si vous parlez français, vous disposez gratuitement d'une interprétation orale et d'une traduction écrite. Appelez le 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)  |
| <b>German</b>              | Für alle, die Deutsch sprechen, stehen kostenlose Dolmetscher- und Übersetzungsservices zur Verfügung. Telefon: 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).   |
| <b>Russian</b>             | Если вы говорите по-русски, услуги устного и письменного перевода предоставляются вам бесплатно. Звоните по телефону 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).  |
| <b>Japanese</b>            | 日本語を話される方は、通訳（口頭）および翻訳（筆記）<br>を無料でご利用いただけます。<br>電話番号<br>1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)  |
| <b>Persian (Farsi)</b>     | اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، ترجمه شفاهی و تکی بدون هزینه برای شما قابل دسترسی میباشد<br>با شمار 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) تماس بگیرید.  |
| <b>Syriac</b>              | ܡܢ ܚܝܬܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ، ܡܢ ܚܝܬܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ<br>ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ ܕܡܢܝܢܐ<br>1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)   |
| <b>Serbo-Croatian</b>      | Ako govorite srpsko hrvatski, usmeno i pismeno prevođenje vam je dostupno besplatno. Nazovite 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).   |
| <b>Thai</b>                | หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการล่ามและแปลเอกสารโดยไม่ มีค ำใช้ จ ำ ย<br>โทรศัพท์ 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)  |

# 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.

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>