



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.sunflowerhealthplan.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deductible total?	\$0 con Proveedores de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; \$5,400 por individuo y \$10,800 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deductible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deductible individual hasta que la cantidad total de gastos deductibles pagados por todos los familiares satisfagan el deductible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deductible ?	Sí. Servicios de atención preventiva , exámenes de la vista y anteojos para niños están cubiertos antes de que llegue a su deductible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deductible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deductible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deductibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deductibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$5,400 por individuo y \$10,800 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. https://ambetter.sunflowerhealthplan.com/findadoc o llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

¿Necesita una <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, sí se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin Cargo	Sin cargo	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. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin Cargo	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. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin Cargo	Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
			<p>Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico</p> <p>Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio</p>		<p>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. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u>.</p>
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetter.sunflowerhealthplan.com/2023formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin Cargo	Vendedor genérico preferido: Sin cargo Vendedor genérico: Sin cargo	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 costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin Cargo	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Sin Cargo	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Sin Cargo	Al por menor: Sin cargo	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
					que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin Cargo	Sin cargo	Sin cargo	Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Transporte médico de emergencia	Sin Cargo	Sin cargo	Sin cargo	Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red , puede ser que se le cobre un saldo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
	Atención de urgencia	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin Cargo	Sin cargo; Sin cargo para los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deductible</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 hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Nota: Incluye visitas educativas: límite de 3 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	Paciente ambulatorio(a): Sin cargo Paciente hospitalizado(a): Sin cargo	[benefits_package. OutpatientRehabOT PTOON]]	Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. No hay límite por terapia para la terapia ocupacional y física; la terapia del habla está limitada a 1 servicio por día, hasta un beneficio máximo de 90 servicios diarios por año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): 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 de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
					Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin Cargo	Paciente ambulatorio(a): Sin cargo Paciente hospitalizado(a): Sin cargo	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin Cargo	No cubierto	No cubierto	No están cubiertos. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin Cargo	Sin cargo	No cubierto	Podría requerirse autorización previa. Con cobertura ilimitada. La atención de relevo se cubre únicamente como parte de los servicios para pacientes desahuciados. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u>

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad)	Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor)	
					que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin Cargo	Sin costo; deductible no se aplica	No están cubiertos	Los exámenes de los ojos se cubren según sea lo apropiado. Las visitas adicionales más allá del examen inicial se cobran como visitas a especialistas. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Anteojos para niños	Sin Cargo	Sin costo; deductible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 3 juegos de lentes y armazones por año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
	Control dental para niños	Sin Cargo	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

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)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Adulto)
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado al diagnóstico y tratamiento de la causa de la infertilidad.)

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

- Cuidado rutinario de los pies
- Manipulación de la columna
- Servicio de enfermería privada

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Sunflower Health [Plan](#) a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713); Kansas Insurance Department, 1300 SW Arrowhead Rd Topeka, KS 66604, Phone No. 1-785-296-3071.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Kansas Health Options at 1-800-432-2484 ; Office of Personnel Management Multi State Plan Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Kansas Insurance Department, 1300 SW Arrowhead Rd Topeka, KS 66604, Phone No. 1-785-296-3071. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 1-800-432-2484.

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

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

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

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

■ El deductible general del plan	\$5,400
■ Especialista coseguro	0%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	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	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$0

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$5,400
■ Especialista coseguro	0%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	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	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$0

Fractura simple de Mia

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

■ El deductible general del plan	\$5,400
■ Especialista coseguro	0%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	0%
■ Otro coseguro	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	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$0

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de atención médica para indígenas (IHCP), o con [referencia](#) de un IHCP para un [proveedor](#) que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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



Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Sunflower Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunflower Health Plan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunflower Health Plan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713)。
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunflower Health Plan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713) an.
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunflower Health Plan에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713)로 전화하십시오.
Laotian:	ຖ້ວຍໜີ້ ນັ້ນ ຫຼື ທີ່ ນັ້ນ ກໍ່ ດັ່ງ ອລິເມບັດ໌ ອ ມ ດ້ວຍຕາມກໍ່ ກວ້ານ ປ Ambetter from Sunflower Health Plan, ທີ່ ນັ້ນ ມີເສດ່ວ ທະລະໄດ້ ສໍາ ບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອແຈວ່າຂໍ້ ນີ້ ນັ້ນ ດັ່ງກ່າວ ຖ້າ ນພາບກາຂອງທີ່ ນັ້ນ ດັລຢັ້ງປັນ ທີ່ ດີເລີ້ມ ລົດ ດັລຢັ້ງ ດັລຢັ້ງ ບັນລາລັກສາ ໃຫ້ ນັ້ນ 1-844-518-9505
Arabic:	لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية لذلك من دون أي تكلفة. للتحدث مع Ambetter from Sunflower Health Plan إذا كان لديك أو لدى شخص شاب عدداً من الأسئلة حول هذا الموضوع، يرجى اتصال بـ 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunflower Health Plan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Burmese:	သင့် သိရှိပါမည်တဲ့ သင့်ကူးကူးလိုပါဝေနားတဲ့ ဖို့ပြီးတော့ Ambetter from Sunflower Health Plan အခေါ်ကတော်ဝေး ဝေမှုစရာတမ်းလားရှိပါမှု အခေါ်ဝေးအကူးအည်း ရယ်ပို့ငွေခဲ့မှုများ သင့်၏ အခေါ်ကူးအလက်များကို အခေါ်ဝေးရယ်ပို့ငွေခဲ့ ရှိပါမှုသည်။ စကားအာရာပန်းတစ်ခုပါဝေမှု စကားအောင်ဆိုရန် 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713) ကို ဖုန်းဆောင်ရွက်ပါ။
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunflower Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète,appelez le 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Japanese:	Ambetter from Sunflower Health Planについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713)までお電話ください。
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunflower Health Plan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).
Hmong:	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Sunflower Health Plan, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiaib lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Persian:	دارید، از این حق برخورداری که کمک و اطلاعات را بصورت Plan Health Sunflower from Ambetter داشته باشند، کسی که به او کمک می کنند سروالی در مورد نهاد پروری ۹۵۰۵-۵۱۸-۱۸۴۴ (TTY 1-844-546-9713) به زبان خود در پایان کنند. برای صحبت کردن با مترجم با شماره ۱-۸۴۴-۵۱۸-۹۵۰۵ (TTY 1-844-546-9713) تماس بگیرید.
Swahili:	Ikiwa wewe au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Sunflower Health Plan, una haki ya kupata usaidizi na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).

Declaración de no discriminación

Ambetter de Sunflower Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Sunflower Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de Sunflower Health Plan:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Sunflower Health Plan, 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713).

Si cree que Ambetter de Sunflower Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Sunflower Health Plan Appeals Unit, 8325 Lenexa Dr, Suite 410 Lenexa , KS 66214, 1-844-518-9505 (TTY 1-844-546-9713), Fax 1-844-680-5805. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Sunflower Health Plan está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.