



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](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$5,700 por individuo y \$11,400 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva , atención primaria, especialistas y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos/lentes para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que alcance su deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . 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 deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores de la red , \$7,400 por individuo y \$14,800 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 . |

| | | |
|---|---|---|
| <p>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</p> | <p>Sí.</p> | <p>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero sólo si usted tiene una referencia antes de consultar con el especialista.</p> |

 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 proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$40 Copago / visita; deducible 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. Las visitas virtuales de atención primaria están disponibles solo para los afiliados adultos (de al menos 18 años). |
| | Consulta con un especialista | \$100 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | No cubierto | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | \$50 Copago / prueba; deducible no se aplica para laboratorio y servicios profesionales 50% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa |

| 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) | |
| | | 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | | resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| 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) | Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: \$25 Copago / receta; deducible 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 costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Al por menor: \$75 Copago / receta; deducible no se aplica | 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. |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: 50% Coseguro | 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. |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Al por menor: 50% Coseguro | No cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | 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) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Cubierto sin límite. |
| | Transporte médico de emergencia | 50% Coseguro | 50% Coseguro | 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. |
| | Atención de urgencia | \$60 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo; deducible no se aplica; 50% Coseguro 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). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$40 Copago / visita; deducible 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 costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . 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 | 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . 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 | 50% Coseguro | No cubierto | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 50% Coseguro | No cubierto | Puede ser necesaria una autorización previa. Nota: Incluye visitas educativas: límite de 3 al año. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 50% Coseguro | No cubierto | 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. |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 50% Coseguro | 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. |
| | Atención de enfermería especializada | No cubierto | No cubierto | No están cubiertos. |
| | Equipo médico duradero | 50% Coseguro | 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) | |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 50% Coseguro | No cubierto | Podría requerirse autorización previa. Con cobertura ilimitada. La atención de relevo se cubre únicamente como parte de los servicios para pacientes desahuciados. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo; deducible 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. |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | No están cubiertos | Limitado a 3 juegos de lentes y armazones por año. |
| | Control dental para niños | 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). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (Adulto) • Audífonos • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado 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). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies | <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna | <ul style="list-style-type: none"> • 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, kwijigo 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 [deducible](#) general del [plan](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$100
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$5,700 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$1,100 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$7,460 |

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$100
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$800 |
| Copagos | \$1,800 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,620 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$100
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$2,500 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

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

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>.