



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.arhealthwellness.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). 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 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | <a href="#">Proveedores de la red</a> : \$6,800 por individuo y \$13,600 por familia.<br><a href="#">Proveedor fuera de la red</a> : \$7,500 por individuo y \$15,000 por familia.                                                                                                                                                                                                            | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños, escaneo, <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> , medicamentos genéricos o 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?                           | Sí, \$1,000 persona / \$2,000 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro <a href="#">deducible</a> específico.                                                                                                                                                                                                                                            | Antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> específico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿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> , \$8,200 por individuo y \$16,400 por familia. Para <a href="#">proveedor fuera de la red</a> : \$12,500 por individuo y \$25,000 por familia.                                                                                                                                                                                                    | 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.arhealthwellness.com/findadoc">https://ambetter.arhealthwellness.com/findadoc</a> o llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) 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<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                              | Proveedor fuera de la red<br>(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 | \$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                          | 50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                           | \$75 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                          | 50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | <u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas                                | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                            | 50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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)             | \$50 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>\$50 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>\$250 <u>Copago</u> / visita para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes | 50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios<br>50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>50% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | 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<br>(Usted pagará el mínimo)                                                      | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              | de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$150 <a href="#">Copago</a> / prueba; <a href="#">deducible</a> no se aplica                               | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 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.ar/healthwellness.com/2023formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.ar/healthwellness.com/2023formulary">https://ambetter.ar/healthwellness.com/2023formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                             | Al por menor: \$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: \$50 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica                  | No cubierto                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: \$100 <a href="#">Copago</a> / receta; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx | 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. <a href="#">Deducible</a> de \$1,000 persona / \$2,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, |

| Circunstancia médica común            | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                                                           | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                    | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                       |                                                           |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           | marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                       | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)    | Al por menor: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx                                               | 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="#">Deducible</a> de \$1,000 persona / \$2,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$250 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                              | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                               | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                              | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | \$250 <a href="#">Copago</a> / visita (\$125 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$125 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | \$250 <a href="#">Copago</a> / visita (\$125 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$125 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                       | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | \$750 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                     | \$750 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                     | Con cobertura ilimitada. 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 <a href="#">proveedor</a> de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la <a href="#">red</a> , puede ser que se le cobre un saldo.  |
|                                       | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                              | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                     | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si necesita hospitalización           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | \$1000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                       | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                              | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                                                                                                 | 50% <a href="#">Coseguro</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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                           | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita de oficina; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica para los demás servicios como paciente ambulatorio | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | \$1000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                                                           | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                  | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                           | 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). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                                                                                                                                     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    | 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 | \$1000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                                                           | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                  | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 50 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a):<br>\$50 <a href="#">Copago</a> / visita;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a):                                                     | Paciente ambulatorio(a):<br>50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a): | Paciente ambulatorio(a):<br>Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año combinadas para fisioterapia, terapia del habla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Circunstancia médica común                                                          | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                                                 | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                           | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud |                                                                 | \$1000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                                              | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                    | (logopedia), terapia ocupacional y atención quiropráctica para pacientes ambulatorios. 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. Limitado a 60 días al año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de sustancias.                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | Paciente ambulatorio(a):<br>\$50 <a href="#">Copago</a> / visita;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a):<br>\$1000 <a href="#">Copago</a> / día | Paciente ambulatorio(a):<br>50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Paciente hospitalizado(a):<br>50% <a href="#">Coseguro</a> | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a un límite combinado de 30 visitas por año para <a href="#">servicios de rehabilitación</a> para pacientes ambulatorios; limitado a 180 visitas por año para servicios para el desarrollo. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación 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. Limitado a 60 visitas al año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. |
|                                                                                     | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | \$100 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                                               | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                    | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                     | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | \$50 <a href="#">Copago</a> / artículo;<br><a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                | 50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | \$100 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                                                                               | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                    | Podría requerirse autorización previa. Con cobertura sin límite. La atención de relevo está                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará                                    |                                                                | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)          |                                                                                                                                                                            |
|                                                             |                                |                                                        |                                                                | disponible junto con la atención para pacientes desahuciados. Con límite de 14 días al año.                                                                                |
| <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      | Cubierto hasta \$38.50; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50                                                              |
|                                                             | Anteojos para niños            | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | Cubierto hasta \$50; <a href="#">deducible</a> no se aplica    | Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes. |
|                                                             | 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 los casos en que la vida de la madre esté 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 de la vista de rutina (Adulto)</li> <li>• Atención dental (Adulto)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> <li>• Servicio de enfermería privada</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</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>• Audífonos (Limitado a 1 par cada 3 años.)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año (combinadas para atención de quiropráctico, terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional).)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies</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 Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392); Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330.. 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: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 1-855-332-2227 or (501) 371-2645.

#### **¿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 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

*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> | \$6,800 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$75    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$1000  |
| ■ 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>        | \$6,200        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,260</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> | \$6,800 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$75    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$1000  |
| ■ 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>        | \$1,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,800        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,820</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> | \$6,800 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$75    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$1000  |
| ■ 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>        | \$1,700        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,300</b> |

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la fila más arriba.

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



FROM



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>     | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Arkansas Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                                     |
| <b>Vietnamese:</b>  | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Arkansas Health & Wellness, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                             |
| <b>Marshallese:</b> | Ñe kwe, ak bar juon eo kwōj jipañe, ewōr an kajjitōk kōn Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ewōr am jimwe in bōk jipañ im melele ko ilo kajin eo am ejjelok wōñāān. Ñan kōnono ippān juon ri-ukōk, kirlōk 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                                                    |
| <b>Chinese:</b>     | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392)。                                                                                                                                                               |
| <b>Laotian:</b>     | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Arkansas Health & Wellness of Arkansas, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                                      |
| <b>Tagalog:</b>     | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arkansas Health & Wellness, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).              |
| <b>Arabic:</b>      | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Arkansas Health & Wellness ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                                                                             |
| <b>German:</b>      | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Arkansas Health & Wellness hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) an.            |
| <b>French:</b>      | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Arkansas Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).               |
| <b>Hmong:</b>       | Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Arkansas Health & Wellness, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab 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 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| <b>Korean:</b>      | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) 로 전화하십시오.                                                                                                      |
| <b>Portuguese:</b>  | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Arkansas Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).                                   |
| <b>Japanese:</b>    | Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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、1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) までお電話ください。                                                                                                                                                  |
| <b>Hindi:</b>       | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Arkansas Health & Wellness के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) पर कॉल करें।                               |
| <b>Gujarati:</b>    | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Arkansas Health & Wellness વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) ઉપર કોલ કરો.                                  |

### Declaración de no discriminación

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

Ambetter de Arkansas Health & Wellness:

- 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 Arkansas Health & Wellness, 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).

Si cree que Ambetter de Arkansas Health & Wellness 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 Arkansas Health & Wellness Appeals Unit, P.O. Box 25538, Little Rock, AR 72221 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392), and Fax 1-866-811-3255. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Arkansas Health & Wellness 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>.