

## Complete Silver: Standard Silver On Exchange Plan



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.pahealthwellness.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-833-510-4727 (Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-510-4727 (Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$6,000 por individuo y \$12,000 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, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$8,500 por individuo y \$17,000 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                                                                                                                                                                       | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                            | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.pahealthwellness.com/findadoc">https://ambetter.pahealthwellness.com/findadoc</a> o llame al 1-833-510-4727 (Relay 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                                       | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

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

| Circunstancia médica común                             | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        |                                                                               | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$30 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                           | No cubierto                                        | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.                                                                                                                                                |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                           | \$60 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                           | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | <u>Atención preventiva/ evaluación</u> /vacunas                               | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                                                                                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará.                                                                                                                                                 |
| Si se realiza un examen                                | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)             | \$30 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>40% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>40% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.<br><br>El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Servicios que podría necesitar                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                             |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                             | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              | rayos X en otros lugares de servicio                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary">https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel1)                                                                                              | Vendedor genérico preferido: \$5 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$20 <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 3 veces la cantidad de venta al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$55 <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 3x del precio de venta al por menor.                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                      | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                                                                       | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                      | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                                           |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Circunstancia médica común                                                       | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                                                                                                                                                      |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  |                                                     | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                      | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita atención médica inmediata                                            | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                             | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                             | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | 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                                                                                             | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si necesita hospitalización                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                         | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                             | 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               | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita de oficina; <a href="#">deducible</a> no se aplica; 40% <a href="#">Coseguro</a> 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             | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si está embarazada                                                               | Visitas al consultorio                              | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                             | No cubierto                                        | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y |

| 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 descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                     | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                       | 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. 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="#">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 hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                       | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                       | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a): 40% <a href="#">Coseguro</a> ;<br>Paciente hospitalizado(a): 40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para terapia del habla; se aplica un límite combinado de 30 visitas por año para terapia física y ocupacional; se aplica un límite combinado de 36 visitas por año para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos 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. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | Paciente ambulatorio(a): 40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a): 40% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla; un límite combinado de 30 visitas al año aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                             |                                                                 |                                                     |                                                    | para terapia física y ocupacional; un límite combinado de 36 visitas al año aplica para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancia. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 120 días al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Podría requerirse autorización previa. Nota: La atención de relevo se cubre únicamente como parte de los servicios para pacientes desahuciados.                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 examen al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             | Control dental para niños                                       | No están cubiertos                                  | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).**

- |                                                                                                                                                                                |                                           |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| • Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)                                                                                 | • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos |
| • Acupuntura                                                                                                                                                                   | • Atención dental (Adulto)                | • Programas de pérdida de peso                                      |
| • 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.) | • Audífonos                               | • Servicio de enfermería privada                                    |
|                                                                                                                                                                                | • Cirugía bariátrica                      |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                | • Cirugía estética                        |                                                                     |

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

- |                                                           |                                 |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 consultas por año) | • Cuidado rutinario de los pies | • Tratamiento de la infertilidad (La inseminación artificial está cubierta; IVF, GIFT y ZIFT están excluidas.) |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 PA Health & Wellness a 1-833-510-4727 (Relay 711); Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); 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](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: Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.

### ¿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 1-833-510-4727 (Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-510-4727 (Relay 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-510-4727 (Relay 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-510-4727 (Relay 711).

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



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

### Peg va a tener un bebé

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$6,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,100        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,560</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> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$800          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,300        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,120</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> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,700</b> |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>              | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from PA Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                           |
| <b>Chinese:</b>              | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於Ambetter from PA 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1-833-510-4727 (Relay 711)。                                                                                                                                                                                          |
| <b>Vietnamese:</b>           | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from PA 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 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                     |
| <b>Russian:</b>              | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from PA Health & Wellness, вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-510-4727 (Relay 711). |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b>   | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from PA Health & Wellness, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-833-510-4727 (Relay 711).                                       |
| <b>Korean:</b>               | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from PA Health & Wellness,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-510-4727 (Relay 711) 로 전화하십시오.                                                                                                                              |
| <b>Italian:</b>              | Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from PA Health & Wellness, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-833-510-4727 (Relay 711).                                                         |
| <b>Arabic:</b>               | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from PA Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                                                                      |
| <b>French:</b>               | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Ambetter from PA Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-510-4727 (Relay 711).                                         |
| <b>German:</b>               | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from PA 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 1-833-510-4727 (Relay 711) an.                                   |
| <b>Gujarati:</b>             | જ તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from PA 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 1-833-510-4727 (Relay 711) ઉપર કોલ કરો.                                                          |
| <b>Polish:</b>               | Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów za pośrednictwem Ambetter from PA Health & Wellness, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-833-510-4727 (Relay 711).                                  |
| <b>French Creole:</b>        | Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from PA Health & Wellness, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-833-510-4727 (Relay 711).                                        |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian:</b> | ប្រសិនបើអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from PA Health & Wellness អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែភាសាលេខ 1-833-510-4727 (Relay 711)។                                                                                                  |
| <b>Portuguese:</b>           | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from PA Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                           |

### Declaración de no discriminación

Ambetter de PA 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 PA 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 PA 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 PA Health & Wellness, 1-833-510-4727 (Relay 711).

Si cree que Ambetter de PA 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 PA Health & Wellness, Attn: Grievances and Appeals Department, PO Box 10341 Van Nuys, CA, 91410, 1-833-510-4727 (Relay 711), Fax, 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de PA 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>.