



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (denominado **prima**) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.azcompletehealth.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-866-918-4450 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como **cantidad permitida**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-918-4450 (TTY 711) para pedir una copia.

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

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc">https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc</a> o llame al 1-866-918-4450 (TTY 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                                     | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

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

| Circunstancia médica común                             | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        |                                                                               | Proveedor dentro de la red<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 | \$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 | 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              | de diagnóstico y 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> Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.az.completehealth.com/2023formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.az.completehealth.com/2023formulary">https://ambetter.az.completehealth.com/2023formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                             | Vendedor genérico preferido: \$5 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$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 2.5 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 2.5x del precio de venta al por menor.                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                      | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                                                                       | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                      | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 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<br>(Usted pagará el mínimo)                                                                                                                   | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | 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 |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                     |                                                       |                                                                                                                        |                                                       | incluir las pruebas y 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                                           | 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 | 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 42 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                           | Paciente ambulatorio(a):<br>Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 60 visitas por año (combinadas para terapia física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | Paciente ambulatorio(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                           | Paciente ambulatorio(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año (combinadas para terapia física ambulatoria, del habla, ocupacional cardíaca y pulmonar)<br>Nota: Este límite de visitas no aplica cuando el tratamiento se proporciona para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancias.                                                                                                 |

| 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) |                                                                                                     |
|                                                             |                                                                 |                                                        |                                                       | Paciente hospitalizado(a):<br>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 90 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                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                               |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | No están cubiertos                                    | Limitado a 1 visita al año.                                                                         |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | No están cubiertos                                    | Limitado a 1 artículo al año.                                                                       |
|                                                             | Control dental para niños                                       | No están cubiertos                                     | No están cubiertos                                    | -----Ninguno-----                                                                                   |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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 cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- 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.)
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Adulto)
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso

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

- Audífonos (Limitado a un audífono por oído al año.)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad. Los servicios para tratar las afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad están cubiertos (por ej. endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio y deficiencia hormonal).)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Arizona Complete Health a 1-866-918-4450 (TTY 711); Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548. 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: Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Corresponde**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-918-4450 (TTY 711).

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-918-4450 (TTY 711).

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

### Peg va a tener un bebé

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$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> |

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

Attention: If you speak a language other than English, oral interpretation and written translation are available at no cost to you to understand the information provided. Call 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).

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



# Discrimination is Against the Law

Arizona Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Arizona Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Arizona Complete Health:

- Provides aids and services **at no cost** to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services **at no cost** to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages

## If you need these services, contact Member Services at:

Arizona Complete Health: 1-866-918-4450 (TTY: 711)

If you believe that Arizona Complete Health failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

## Submit your grievance to:

Arizona Complete Health- Chief Compliance Officer  
1870 W. Rio Salado Parkway, Tempe, AZ 85281. Fax: 1-866-388-2247  
Email: [AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com](mailto:AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com)

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

# La discriminación es contra la ley

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## **Arizona Complete Health:**

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como: intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

## **Si necesita estos servicios, llame al Centro de Contacto con el Cliente de:**

Arizona Complete Health: 1-866-918-4450 (TTY: 711)

Si considera que Arizona Complete Health no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante el Director General de Cumplimiento (Chief Compliance Officer). Puede presentar la queja en persona o por correo, fax, o correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se percate de lo que se cree que es discriminación.

## **Presente su queja a:**

Arizona Complete Health- Chief Compliance Officer

1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281. Fax: 1-866-388-2247

Correo electrónico: [AZCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com](mailto:AZCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com)

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY).

Los formularios para presentar quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>