Ambetter from Western Sky Community Care

Cobertura para: Individual/Familiar | Tipo de plan: HMO

Clear Cost Gold Plan On Exchange: Standard Gold 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.westernskycommunitycare.com/2024-brochures.html o llamar al 1-833-945-2029 (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 1-833-945-2029 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$3,000 por individuo y $6,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí, los servicios de atención preventiva, las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que satisfaga su deducible, excepto por los medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) y especializados (Nivel 4).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red, $5,300 por individuo y $10,600 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Consulte la red de Ambetter from Western Sky Community Care. en find a provider o llame al 1-833-945-2029 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$20 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible.
	Consulta con un especialista	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$60 Copago / visita; deducible no se aplica para laboratorio y servicios profesionales $60 Copago / visita; deducible no se aplica para rayos X e imágenes de diagnóstico	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. No hay límite de cobertura. No se requiere autorización previa para los ultrasonidos de diagnóstico ginecológico u obstétrico. La falta de obtención de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en la reducción de los beneficios.

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)	
				Los análisis y la prestación de servicios de atención médica para COVID-19 no tienen costo compartido. Para obtener más detalles, consulte su póliza. 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.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetter.westernskycommunitycare.com/2024formulary**.	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: $20 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: $20 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamente necesaria no excederá un total de veinticinco dólares ($25.00) para un suministro de treinta días. Nota: Ciertos medicamentos con receta para atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para obtener más detalles
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: $30 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamente necesaria no excederá un total de veinticinco dólares ($25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los deducibles o costos compartidos por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su deducible o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos medicamentos con
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: $100 Copago / receta	No cubierto	

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)	
				receta para atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para obtener más detalles
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: $75 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. La insulina o una alternativa medicamente necesaria no excederá un total de veinticinco dólares ($25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los deducibles o costos compartidos por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su deducible o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos medicamentos con receta para atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para obtener más detalles.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$125 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	$125 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$150 Copago / visita ($75 Copago / visita por centro; $75 Copago / visita por honorarios del médico)	$150 Copago / visita ($75 Copago / visita por centro; $75 Copago / visita por honorarios del médico)	Cubierto sin límite. No se permite la facturación del saldo si recibe atención fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	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 proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red, puede ser que se le cobre un saldo.
	Atención de urgencia	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$150 Copago / visita	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo; deducible no se aplica; Sin cargo; deducible no se aplica para los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$20 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo

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)	
				del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	$150 Copago / visita	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	$20 Copago / día; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	Terapias fisica, ocupacional y de lenguaje:$20 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Terapias fisica, ocupacional y de lenguaje: $20 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	$20 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	$60 Copago / día; deducible no se aplica	No cubierto	Podría requerirse autorización previa. Con cobertura ilimitada.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible 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 a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Adulto)
- Atención dental (Niños)
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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

- Acupuntura (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites de la acupuntura no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.)
- Audífonos (Limitado a un audífono por oído cada 3 años.)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites para quiroprácticos no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

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 Western Sky Community Care a 1-833-945-2029 (TTY 711); Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674.; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); or 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 https://es.bewellnm.com o llame al 1-833-862-3935.

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: Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto (833) 415-0566

¿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 1-833-945-2029 (TTY 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-945-2029 (TTY 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-945-2029 (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 deducible general del plan** **$3,000**
- **Especialista copago** **$60**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$150**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$3,000
Copagos	$900
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,960**

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$3,000**
- **Especialista copago** **$60**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$150**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$1,400
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,420**

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

- **El deducible general del plan** **$3,000**
- **Especialista copago** **$60**
- **Hospital (establecimiento) copago** **$150**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartidos	
Deducibles	$800
Copagos	$500
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,300**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.