



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (denominado **prima**) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.arhealthwellness.com/2024-brochures.html> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como **cantidad permitida**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Proveedores de la red: \$0 por individuo y \$0 por familia. Proveedor fuera de la red: \$8,450 por individuo y \$16,900 por familia. | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí, con la excepción de marcas no preferidas (Nivel 3) y medicamentos de especialidad (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? | \$0 con Proveedores de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico. | Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores de la red , \$9,250 por individuo y \$18,500 por familia. Para proveedor fuera de la red : \$12,000 por individuo y \$24,000 por familia. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo . |

| | | |
|---|---|---|
| <p>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</p> | <p>Sí. https://ambetter.arhealthwellness.com/findadoc o llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) para una lista de proveedores de la red.</p> | <p>Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p> |
| <p>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.</p> |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin Cargo | \$45 Copago / visita | 60% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto Sin Límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Consulta con un especialista | Sin Cargo | \$115 Copago / visita | 60% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin Cargo | Sin cargo | 60% Coseguro ; deducible no se aplica | 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 un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--|--|---|--|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin Cargo | \$60 Copago / visita para laboratorio y servicios profesionales 50% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | 60% Coseguro ; deducible no se aplica para laboratorio y servicios 60% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 60% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | <p>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.</p> <p>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. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | <p>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| 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.ar/healthwellness.com/2024formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Sin Cargo | Vendedor genérico preferido: \$3 Copago / receta Vendedor genérico: \$35 Copago / receta | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Sin Cargo | Al por menor: \$195 Copago / receta | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Sin Cargo | Al por menor: \$250 Copago / receta; sujeto al deducible de medicamentos Rx | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. Deducible de \$3,800 persona / |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados . Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Sin Cargo | Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Deducible de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados . Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---------------------------------------|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin Cargo | \$2500 Copago / visita (\$1250 Copago / visita por centro; \$1250 Copago / visita por honorarios del médico) | \$2500 Copago / visita; deducible no se aplica (\$1250 Copago / visita; deducible no se aplica por centro; \$1250 Copago / visita; deducible no se aplica por honorarios del médico) | Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Transporte médico de emergencia | Sin Cargo | 50% Coseguro | 50% Coseguro ; 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 un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención de urgencia | Sin Cargo | \$60 Copago / visita | 60% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin Cargo | Sin cargo | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin Cargo | \$45 Copago / visita; 50% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio | 60% Coseguro ; deducible no se aplica; 60% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio | 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). Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin Cargo | \$45 Copago / visita | 60% Coseguro ; deducible no se aplica | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin Cargo | Sin cargo | 60% Coseguro | 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). Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | 60% Coseguro | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 50 visitas al año. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios de rehabilitación | Sin Cargo | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): \$3000 Copago / día | Paciente ambulatorio(a): 60% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 60% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año combinadas para fisioterapia, terapia del habla (logopedia), terapia ocupacional y atención quiropráctica para pacientes ambulatorios. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|---|--|---|--|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | <p>uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de sustancias. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |
| | Servicios de habilitación | Sin Cargo | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): \$3000 Copago / día | Paciente ambulatorio(a): 60% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 60% Coseguro | <p>Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a un límite combinado de 30 visitas por año para servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios; limitado a 180 visitas por año para servicios para el desarrollo. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Podría requerirse autorización previa. Con límite de 60 días al año. Nota: Sin límite al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor</p> |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención de enfermería especializada | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Equipo médico duradero | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin Cargo | 50% Coseguro | 60% Coseguro | Podría requerirse autorización previa. Con cobertura sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin Cargo | Sin costo | Cubierto hasta \$38.50; deducible no se aplica | Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50 Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Anteojos para niños | Sin Cargo | Sin costo | Cubierto hasta \$50; deducible no se aplica | Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes. Si un Proveedor de |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Control dental para niños | Sin Cargo | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|--|---|--|
| <p>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).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (Excepto en casos cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (Niños) • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos • Programas de pérdida de peso • Servicio de enfermería privada |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. La prestación de dólares se aplica a los artículos.) • Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 por persona.) | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (Limitado a 1 artículo por oído cada 3 años.) • Cuidado quiropráctico (Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año (combinadas para atención de quiropráctico, terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies • Tratamiento 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 Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392); Arkansas Insurance Department, 1 Commerce Way, Little Rock, AR 72202, Phone No. 800-282-9134 or 501-371-2600 Fax Number 501-371-2618. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Arkansas Insurance Department, 1 Commerce Way, Little Rock, AR 72202, Phone No. 800-282-9134 or 501-371-2600 Fax Number 501-371-2618 Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 1-800-282-9134 or (501) 371-2600.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Corresponde

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

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

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

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

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 |

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](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$0 |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$0 |

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de atención médica para indígenas (IHCP), o con [referencia](#) de un IHCP para un [proveedor](#) que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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



| | |
|---------------------|--|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Arkansas Health & Wellness, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Arkansas Health & Wellness y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Arkansas Health & Wellness và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Marshallese: | Ñe kwe, ako juon armij eo kwoj jibañ e, ewōr am kajitok kake Ambetter from Arkansas Health & Wellness, im ejjab eman Kajin Pälle, ewōr am jimwe in bukot jibañ im kōmelele ko ilo kajin eo am ilo ejelok onean im ilo juon ien eo emokaj. Ñe kwe, ako juon armij eo kwoj jibañ e, ewōr am nafiñmej eo ilo kōnaan im/ako loelakjān im ej kōmman an ben am kōnaan ippāñ ro jot, ewōr am jimwe in bōk kein jibañ im jeral ko ilo ejelok onean im ilo juon ien eo emokaj. Ñan bōk jeral in ukok ako jibañ, jouj topar Jeral an Ro Waan ilo 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392)。 |
| Laotian: | ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ແລະ ບໍ່ຊ່ວຍຊາບພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໂຕຍັນ ແລະ/ຫຼື ການບໍ່ເຂັ້ມເຂັ້ມທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍ່ລົງທຶນໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍ່ລົງທຶນແບບພາສາ ຫຼື ບໍ່ລົງທຶນເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍ່ລົງທຶນສະມາຊິກ) ໂດຍ 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arkansas Health & Wellness, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Arkansas Health & Wellness، ولم تكن بارعا باللغة الإنكليزية، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، ف لديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال ب خدمات الأعضاء على 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Arkansas Health & Wellness hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Arkansas Health & Wellness et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |
| Hmong: | Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom muab kev pab, muaj cov lus nug hais txog Ambetter from Arkansas Health & Wellness, thiab tsis paub lus Askiv zoo heev, koj muaj cai tau txais kev pab thiab tej ntaub ntawv qhia paub ua koj hom lus yam tsis tau them dab tsi li thiab kom tau raws sij hawm. Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom pab, muaj tsoos mob txog kev hnov lus thiab/los sis kev pom kev uas cuam tshuam txog kev sib txuas lus, koj muaj cai kom tau txais cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv yam tsis tau them dab tsi li thiab kom tau raws sij hawm. Txhawm rau kom tau txais cov kev pab cuam txhais ntawv los sis kev pab ntxiv, thov tiv tauj Member Services (Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab) tau ntawm 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). |

Korean:

귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Arkansas Health & Wellness에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-617-0390(TTY 1-877-617-0392)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시시오.

Portuguese:

Se tiver d vidas acerca da Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ou estiver a ajudar uma pessoa com d vidas acerca desta, e não dominar o ingl s, tem o direito de obter ajuda e informa es no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condi o visual e/ou auditiva que dificulte a comunica o ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condi o deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber tradu es ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392).

Japanese:

ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Arkansas Health & Wellnessについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392)のメンバーサービスにご連絡ください。

Hindi:

अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Arkansas Health & Wellness से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेजी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.

Gujarati:

જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા છો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Arkansas Health & Wellness વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા છો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

AMB23-AR-C-00057

Declaración de No Discriminación

Ambetter de Arkansas Health & Wellness incluye productos que están suscritos por Celtic Insurance Company (dba Arkansas Health and Wellness Solutions), QCA Health Plan, Inc. y QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc. que son emisores de Planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de Arkansas. Estas empresas cumplen con las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discriminan por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales). Esta es publicidad de seguro. © 2023 Celtic Insurance Company (bajo el nombre comercial de Arkansas Health and Wellness Solutions), QCA Health Plan, Inc. y Qualchoice Life & Health Insurance Company, Inc. Todos los derechos reservados.
[Ambetter.ARhealthwellness.com](https://www.ambetter.arhealthwellness.com)

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Arkansas Health & Wellness y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). Si considera que Celtic Insurance Company (bajo el nombre comercial Arkansas Health and Wellness Solutions), QCA Health Plan, Inc. y QualChoice Life & Health Insurance Company no le proporcionaron estos servicios o lo discriminaron de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales), comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). También puede presentar una queja por teléfono al 1-877-617-0390 (TTY 1-877-617-0392). Para obtener información sobre cómo presentar una queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., visite <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

AMB23-AR-C-00056

Ambetter de Arkansas Health & Wellness incluye productos que están suscritos por Celtic Insurance Company (dba Arkansas Health and Wellness Solutions), QCA Health Plan, Inc. y QualChoice Life and Health Insurance Company, Inc. que son emisores de Planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de Arkansas. Esta es publicidad de seguro. Todos los derechos reservados.