



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite <https://ambetter-es.sunflowerhealthplan.com/2025-brochures.html> o llame al 1-844-518-9505 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible</u> total?	\$0 con un <u>proveedor</u> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <u>remisión</u> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$1,500 por miembro/\$3,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deductible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deductibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deductible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <u>atención de urgencia</u> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <u>deductible</u> (ver información adicional a continuación).	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para atención de <u>proveedores de la red</u> : \$7,800 por miembro/\$15,600 por familia. No se aplica a <u>proveedores fuera de la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , multas por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios y atención de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?	Sí. Visite https://ambetter.sunflowerhealthplan.com/fiddadoc o llame al 1-844-518-9505 (TTY 711) para obtener una lista de proveedores de la red.	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 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>remisión</u> del médico 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 deductible, 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 salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (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	Sin cargo.	\$30 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo.	\$60 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Atención preventiva/exámenes</u> /vacunas	Sin cargo.	Sin cargo; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u> para servicios profesionales y de laboratorio 25% <u>Coseguro</u> para diagnóstico por	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.sunflowerhealthplan.com/2025formulary</u> .			imágenes y radiografías 25% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio		Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$15 <u>Copago</u> / receta; <u>deductible</u> no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 <u>Copago</u> / receta; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 34 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <u>costo compartido</u> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo.	Nivel 2: Venta minorista: \$30 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 34 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <u>costo compartido</u> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Sin cargo.	Nivel 3: Venta minorista: \$60 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: \$250 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 34 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	25% <u>Coseguro</u>	Ninguno Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP <u>con remisión</u> de un IHCP.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	25% <u>Coseguro</u>	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un <u>proveedor</u> de

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Atención de urgencia					ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	\$45 Copago / visita; deductible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Visita al consultorio: \$30 Copago / visita; deductible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	\$30 Copago / visita; deductible no se aplica	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos , como los exámenes

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud					prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	
	Atención de salud en el hogar	Sin cargo.	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Nota: Incluye visitas educativas, limitadas a 3 por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Atención ambulatoria: \$30 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 25% Coseguro	Sin cobertura	Atención ambulatoria: Se podría requerir una autorización previa. No hay límite por terapia para la terapia ocupacional y la fisioterapia; la terapia del habla se limita a 1 servicio diario, hasta un beneficio máximo de 90 servicios diarios al año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Servicios hospitalarios

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud					Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	Atención ambulatoria: \$30 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica Servicios hospitalarios: 25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	<u>Equipos médicos duraderos</u>	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Servicios para enfermos terminales</u>	Sin cargo.	25% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica <u>deductible</u>	Sin cobertura	Ninguno Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica <u>deductible</u>	Sin cobertura	Se limita a 3 juegos de lentes y marcos al año. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	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 los casos en que la vida de la miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de enfermería especializada
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Audífonos
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Programas para bajar 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).

- Atención médica de la vista de rutina (adultos: una consulta y un artículo por año; la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).
- Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona).
- Cuidado de los pies de rutina.
- Manipulación de la columna vertebral
- Servicios de enfermería privada (Solo para consultas en el hogar y pacientes ambulatorios (se excluyen los pacientes hospitalizados))
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

Sus derechos de mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter from Sunflower Health Plan , 1-844-518-9505 (TTY 711); Kansas Insurance Department, 1300 SW Arrowhead Rd Topeka, KS 66604, Phone No. 1-785-296-3071; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <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 de Salud. 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 ayudarle si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja 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 por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Kansas Insurance Department, 1300 SW Arrowhead Rd Topeka, KS 66604, Phone No. 1-785-296-3071

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud 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 tributario para primas.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que sea elegible para recibir un crédito tributario para primas que le ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-518-9505 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-518-9505 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-518-9505 (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](#) de salud. 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 deductible general del plan	\$1,500
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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 deductible general del plan	\$1,500
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipos médicos duraderos](#)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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 deductible general del plan	\$1,500
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$0

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor IHCP](#) o tenía una [remisión](#) de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) que no sea IHCP sin la [remisión](#) de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.



English: If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Sunflower Health Plan, 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY 711)。

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

Korean: 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Sunflower Health Plan에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 의사직접하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 의사직접하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-844-518-9505(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.

Laotian: ທ້າທ່ານທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດີເຜື້ອໜຶ່ງທີ່ທ່ານກໍາລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄໍາຖາມກ່ຽວຂ້ອງ Ambetter from Sunflower Health Plan, ແລະ ບໍ່ຊ່ວວ່ອຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂັ້ນທີ່ປັ້ນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ຍື່ນຕໍ່ໄຊ໌ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ທ້າທ່ານທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດີເຜື້ອໜຶ່ງທີ່ທ່ານກໍາລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບຫາງການໄດ້ຍື່ນ ແລະ/ຫຼື ການເປົ່າເຫັນທີ່ ຂັດຂອງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີນໄຕຍໍບໍ່ມີຄໍ່ໄຊ໌ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ ການບໍລິການສະນາຊີກ ໄດ້ທີ່ 1-844-518-9505 (TTY 711).

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter from Sunflower Health Plan، ولم تكن بارغاً باللغة الإنجليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية وأو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على (TTY 711) 1-844-518-9505.

Arabic:

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunflower Health Plan, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuhang tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa padingit at/o paningin na nakakaapektu 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

Tagalog:

အကယ်၍ သင် သိမဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter from Sunflower Health Plan အခြားနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အောင်ထိန်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက၊ သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အခြောက်ငွေးငွောက်ဖြင့် ပေးစရာမလိုကဲ အချိန်နှင့်တစ်ဦးပြီးသို့ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အကယ်၍ သင် သိမဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံနှင့်/သိမဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ဦးရှိပါက၊ သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခြောက်ငွေးငွောက်ဖြင့် ပေးစရာမလိုကဲ အချိန်နှင့်တစ်ဦးပြီးသို့ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ဘာသာပြန် သိမဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-844-518-9505 (TTY 711) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။

Burmese:

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY 711).

French:

ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Sunflower Health Plan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、1-844-518-9505 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。

Japanese:

Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Sunflower Health Plan, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-844-518-9505 (TTY 711).

Russian:

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 Sunflower Health Plan, 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 tsos mob txog kev hnov lus thiab/los sis kev pom kev uas cuam tshuam txog kev sib txaus 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 Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab tau ntawm 1-844-518-9505 (TTY 711).

Persian: اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره Ambetter from Sunflower Health Plan دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شناوری یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می کند، حق دارید کمک ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضاء به شماره 1-844-518-9505 (TTY 711) تماس بگیرید.

Swahili: Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Sunflower Health Plan, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhalii wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-844-518-9505 (TTY 711).

AMB24-KS-C-00014

Ambetter from Sunflower Health Plan is underwritten by Celtic Insurance Company which is a Qualified Health Plan issuer in the Kansas Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Celtic Insurance Company, Ambetter.SunflowerHealthPlan.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Sunflower Health Plan, 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're 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 1-844-518-9505 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter from Sunflower Health Plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.