Ambetter from Absolute Total Care
Elite Gold: Standard Gold On Exchange Plan

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.absolutetotalcare.com/2025-brochures.html o llame al 1-833-270-5443 (Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-833-270-5443 (Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0 por miembro/$0 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?	No hay deducible.	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 atención de proveedores de la red: $5,500 por miembro/$11,000 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?	Sí. Visite https://ambetter.absolutetotalcare.com/findadoc o llame al 1-833-270-5443 (Relay 711) para obtener 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 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 remisión del médico 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 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	$5 Copago / visita	Sin cobertura	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.
	Consulta con un especialista	$60 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/ exámenes/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$40 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio $75 Copago / visita para diagnóstico por imágenes y radiografías $200 Copago / visita para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	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. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de	$75 Copago / visita	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))			
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en **https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary**.	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: $3 Copago / receta Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: $15 Copago / receta	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: $50 Copago / receta	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$200 Copago / visita	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	$200 Copago / visita	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	30% Coseguro	30% Coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	30% Coseguro	30% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red, es posible que deba pagar una facturación de saldo.
	Atención de urgencia	$35 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: $5 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: $200 Copago / visita	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).
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$5 Copago / visita	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 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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% Coseguro	Sin cobertura	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).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: $50 Copago / visita Servicios hospitalarios: 30% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año por terapia (ocupacional, física y terapia del habla); no se aplica un límite a la terapia cardiaca o pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: $50 Copago / visita Servicios hospitalarios 30% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año por terapia (ocupacional, física y terapia del habla); no se aplica un límite a la terapia cardiaca o pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año.
	Equipos médicos duraderos	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Servicios para enfermos terminales	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por 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 miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Audífonos
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Enfermería privada.
- Programas para bajar de peso.
- Tratamiento de la infertilidad.

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

- Atención de quiropráctico.
- Cuidado de los pies de rutina.

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 Absolute Total Care, 1-833-270-5443 (Relay 711); South Carolina Department of Insurance, PO Box 100105, Columbia, SC 29202, Phone No. 1-803-737-6180 or 1-800-768-3467.; 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 South Carolina Department of Insurance, PO Box 100105, Columbia, SC 29202, Phone No. 1-803-737-6180 or 1-800-768-3467.

¿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 1-833-270-5443 (Relay 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-270-5443 (Relay 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-270-5443 (Relay 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-270-5443 (Relay 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes 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 deducible general del plan	**$0**
Médico especialista copago	**$60**
Hospital (centro) coseguro	**30%**
Otro coseguro	**30%**

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	$600
Coseguro	$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,160**

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**
Médico especialista copago	**$60**
Hospital (centro) coseguro	**30%**
Otro coseguro	**30%**

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
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$1,100
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,320**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	**$0**
Médico especialista copago	**$60**
Hospital (centro) coseguro	**30%**
Otro coseguro	**30%**

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	$500
Coseguro	$600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,100**

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