

 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 <a href="#">deducible</a> 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 <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Las consultas médicas y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> (ver información adicional a continuación).	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Con un <a href="#">proveedor</a> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <a href="#">remisión</a> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP: \$0; o \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro <a href="#">deducible</a> específico.	Antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> específico.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para atención de <a href="#">proveedores de la red</a> : \$9,200 por miembro/\$18,400 por familia. No se aplica a <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , multas por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para los servicios y atención de salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="https://ambetter.absolutetotalcare.com/findadoc">https://ambetter.absolutetotalcare.com/findadoc</a> o llame al 1-833-270-5443 (Relay 711) para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> del médico para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .



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 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo.	\$50 <a href="#">Copago</a> / 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 <a href="#">proveedor</a> de telemedicina designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo.	\$115 <a href="#">Copago</a> / visita	Sin cobertura	Ninguno Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Atención preventiva/ exámenes/ vacunas</a>	Sin cargo.	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> . Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	\$60 <a href="#">Copago</a> / visita para servicios profesionales y de laboratorio	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)	
			<p>50% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías</p> <p>50% <a href="#">Coseguro</a> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio</p>		Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b>	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	<p>Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta</p> <p>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$35 <a href="#">Copago</a> / receta</p>	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 <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> 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)	
Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary">https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary</a> .	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo.	Nivel 2: Venta minorista: \$195 <a href="#">Copago</a> / 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 <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Sin cargo.	Nivel 3: Venta minorista: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx	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 <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. \$3,800 por miembro/\$7,600 por familia de <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados de marca no preferidos y de <a href="#">especialidad</a> . Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: 50% <a href="#">Coseguro</a> ; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx	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. \$3,800 por miembro/\$7,600 por familia de <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados de marca no preferidos y <a href="#">de especialidad</a> . Sin <a href="#">costo compartido</a> para

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)	
					consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cargo.	\$2500 <a href="#">Copago</a> / visita (\$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico)	\$2500 <a href="#">Copago</a> / visita (\$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico)	Ninguno Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	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 <a href="#">proveedor</a> de ambulancia terrestre o acuática fuera de la <a href="#">red</a> , es posible que deba pagar una <a href="#">facturación de saldo</a> . Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo.	\$60 <a href="#">Copago</a> / visita	Sin cobertura	Ninguno Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	\$3000 <a href="#">Copago</a> / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para

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)	
					consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Visita al consultorio: \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico). Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	\$3000 <a href="#">Copago</a> / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo.	\$50 <a href="#">Copago</a> / 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 <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> 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)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	\$3000 <a href="#">Copago</a> / día	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención de salud en el hogar</a>	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas por año. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo.	Atención ambulatoria: 50% <a href="#">Coseguro</a> Pacientes hospitalizados: \$3000 <a href="#">Copago</a> / día	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 cardíaca 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. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades</b>	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cargo.	Pacientes ambulatorios: 50% <a href="#">Coseguro</a> Pacientes hospitalizados: \$3000 <a href="#">Copago</a> / día	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 cardíaca o pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para

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)	
<b>especiales de salud</b>					diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo.	\$3000 <a href="#">Copago</a> / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Equipos médicos duraderos</a>	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	<a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>	Sin cargo.	50% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen ocular para niños	Sin cargo.	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> 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 casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- 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.
- 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.

**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](http://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 para recibir 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.. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar una [apelación](#). Comuníquese al

**¿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, kwijigo 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 coseguro](#) \$115
- Hospital (centro) [coseguro](#) \$3,000
- 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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$0</b>

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista copago](#) \$115
- Hospital (centro) [copago](#) \$3,000
- Otro [coseguro](#) 50%

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	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$0</b>

**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](#) \$115
- Hospital (centro) [copago](#) \$3,000
- 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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

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.