



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 <u>deducible total</u> ?                                      | \$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>deducible</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>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> familiar total.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</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>deducible</u> (ver información adicional a continuación). | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</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>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | No.  | No debe pagar <u>deducibles</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> .  |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?                    | 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 <u>proveedores de la red</u> .  | 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. |

| Preguntas importantes  | Respuestas | Por qué es importante:   |
|--|------------|--|
| ¿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 (Non-IHCP) (usted pagará más)  | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (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.  | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | Sin cobertura  | 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.   |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | Sin cargo.  | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | 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</a> /vacunas                         | Sin cargo.  | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 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> .  |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | Sin cargo.  | 25% <a href="#">Coseguro</a> para servicios profesionales y de laboratorio<br>25% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías<br>25% <a href="#">Coseguro</a> 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.<br><br>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. |

| 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 (Non-IHCP) (usted pagará más)  | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |  |
| <b>Si se realiza un examen</b>   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin cargo.  | 25% <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><br><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary">https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary</a> . | Medicamentos genéricos   | Sin cargo.  | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$15 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 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 preferidos   | Sin cargo.  | Nivel 2: Venta minorista: \$30 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | 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: \$60 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | 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 (Non-IHCP) (usted pagará más)              | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |   |
|  |   |   |   |  | un proveedor que no sea IHCP con <a href="#">remisión</a> de un IHCP.   |
| <p><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b></p> <p>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary">https://ambetter.absolutetotalcare.com/2025formulary</a>.</p> | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | Sin cargo.  | Nivel 4: Venta minorista: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 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. 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 le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo.  | 25% <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.  | 25% <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.  | 25% <a href="#">Coseguro</a>  | 25% <a href="#">Coseguro</a>   | Ninguno Sin <a href="#">costo compartido</a> para consultar a un proveedor que no sea IHCP <a href="#">conremisión</a> de un IHCP.  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin cargo.  | 25% <a href="#">Coseguro</a>  | 25% <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> ,                                  |

| 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 (Non-IHCP) (usted pagará más)   | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |  |
|   |   |   |  |  | 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.  | \$45 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 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.  | 25% <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.  | 25% <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 servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios               | Sin cargo.  | Visita al consultorio: \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 25% <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.  | 25% <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 está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                              | Sin cargo.  | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> 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 <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                    |

| 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 (Non-IHCP) (usted pagará más)  | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |  |
|  |   |   |   |  | 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 profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo.  | 25% <a href="#">Coseguro</a>  | 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.  | 25% <a href="#">Coseguro</a>  | Sin cobertura  | 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.   |
| <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.  | 25% <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: \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Servicios hospitalarios<br>25% <a href="#">Coseguro</a> | 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.<br>Pacientes hospitalizados: 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 atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)   | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |  |
|  |  |   |  |  | 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 especiales de salud</b> | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Sin cargo.  | Pacientes ambulatorios: \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Pacientes hospitalizados: 25% <a href="#">Coseguro</a> | 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.<br>Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.<br>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.  | 25% <a href="#">Coseguro</a>   | 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.  | 25% <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.  | 25% <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; No se aplica <a href="#">deducible</a>  | 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; No se aplica <a href="#">deducible</a>  | 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.  |

| 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 (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) |   |
|                            | 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 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, 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](#) \$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                 |            |
|------------------------------------|------------|
| <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](#) \$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](#)  
[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](#) \$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                 |            |
|------------------------------------|------------|
| <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.