



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.azcompletehealth.com/2025-brochures.html> o llame al 1-888-926-5057 (TTY 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 1-888-926-5057 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                               | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$1,950 por miembro/\$3,900 por familia.                                                                                                                                                                                                                                 | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gasto <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y de atención primaria, médicos especialistas y consultas de <a href="#">atención de urgencia</a> 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?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                      | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿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> : \$1,950 por miembro/\$3,900 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.azcompletehealth.com/findadoc">https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc</a> o llame al 1-888-926-5057 (TTY 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 análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> 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 la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                             | Proveedor fuera de la red (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 | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                             | 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 telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica <a href="#">deducible</a> . |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$45 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                             | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/exámenes</a> /vacunas                         | 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)    | \$15 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio<br><br>Sin cargo para diagnóstico por imágenes y radiografías | 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.    |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                              | Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio                 |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin cargo                                                                                                                                       | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.azcompletehealth.com/2025formulary">cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.azcompletehealth.com/2025formulary</a> . | Medicamentos genéricos                                                                                                                       | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: Sin cargo<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: Sin cargo | 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. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca preferidos                                                                                                             | Nivel 2: Venta minorista: Sin cargo                                                                                                             | 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. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos                                                                                | Nivel 3: Venta minorista: Sin cargo                                                                                                             | 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. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                                                                                                 | Nivel 4: Venta minorista: Sin cargo                                                                                                             | 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.                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                 | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>        | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cargo                                          | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                 | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cargo                                          | 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> . |
|                                                                                                 | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                              | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                 | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                     | Visita al consultorio: \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: Sin cargo | 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).                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                 | Servicios para pacientes hospitalizados                   | Sin cargo                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                       | Visitas al consultorio                                    | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                | 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                                                                                                                                 |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                     |                                                       |                                                                       |                                                    | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                     | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                             | Sin cobertura                                      | Puede requerirse autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del SBC (es decir, servicios de ultrasonido).                                                         |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                             | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención de salud en el hogar</a>         | Sin cargo                                                             | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 42 visitas por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Atención ambulatoria: Sin cargo<br>Servicios hospitalarios: Sin cargo | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas al año (combinadas para fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, cardíaca y pulmonar para pacientes ambulatorios). 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.                                            |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | Atención ambulatoria: Sin cargo<br>Servicios hospitalarios: Sin cargo | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: 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 |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                             |                                                      |                                                   |                                                    | atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargo                                         | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.                                                                                                                                                                           |
|                                                             | <a href="#">Equipos médicos duraderos</a>            | Sin cargo                                         | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                   |
|                                                             | <a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>   | Sin cargo                                         | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen ocular para niños                             | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a> | Sin cobertura                                      | Limitado a 1 consulta por año.                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                             | Anteojos para niños                                  | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a> | 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.
- Cirugía cosmética.
- 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 (limitada a 20 visitas por año).
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído por año).
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Enfermería privada.

**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 Arizona Complete Health, 1-888-926-5057 (TTY 711); Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548.; 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 Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548.

**¿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 1-888-926-5057 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-926-5057 (TTY 711).



Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-926-5057 (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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,950 |
| ■ <a href="#">Médico especialista coseguro</a>                  | \$45    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

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>         | \$1,700        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,010</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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,950 |
| ■ <a href="#">Médico especialista copago</a>                    | \$45    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

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>         | \$1,700        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,970</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,950 |
| ■ <a href="#">Médico especialista copago</a>                    | \$45    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

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>         | \$1,900        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$10           |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,910</b> |