



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 <u>deducible</u> total? | \$0 con un <u>proveedor</u> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <u>remisión</u> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$0 por miembro/\$0 por familia | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | No hay <u>deducible</u> . | 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿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> : \$5,500 por miembro/\$11,000 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 https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc o llame al 1-888-926-5057 (TTY 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. |
| ¿Necesita una <u>remisión</u> del médico para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> . |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [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 proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo. | \$5 Copago / visita | Sin cobertura | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo. | \$60 Copago / visita | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención preventiva/exámenes /vacunas | Sin cargo. | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan . |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo. | \$40 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio \$75 Copago / visita para diagnóstico por imágenes y radiografías \$200 Copago / visita para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión 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) | |
| | | | imágenes en otros lugares de servicio | | |
| Si se realiza un examen | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin cargo. | \$75 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.azco.mpletehealth.com/2025formulary . | Medicamentos genéricos | Sin cargo. | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 Copago / receta | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo. | Nivel 2: Venta minorista: \$50 Copago / receta | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Sin cargo. | Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión 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 remisión de un IHCP. |
| <p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.azcompletehealth.com/2025formulary.</p> | Medicamentos de especialidad | Sin cargo. | Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo. | \$200 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo. | \$200 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Sin cargo. | 30% Coseguro | 30% Coseguro | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo. | 30% Coseguro | 30% Coseguro | 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 proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , |

| 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 facturación de saldo . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo. | \$35 Copago / visita | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo. | Visita al consultorio: \$5 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: \$200 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. | \$5 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del |

| 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) | |
| | | | | | Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Puede requerirse autorización previa. Los costos compartidos no se aplican a servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del SBC (es decir, servicios de ultrasonido). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención de salud en el hogar | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 42 visitas por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo. | Atención ambulatoria: \$50 Copago / visita Servicios hospitalarios 30% Coseguro | 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. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo. | Pacientes ambulatorios: \$50 Copago / visita | 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 costo |

| 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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | | | Pacientes hospitalizados: 30% Coseguro | | compartido no se aplica a los servicios preventivos , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Equipos médicos duraderos | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios para enfermos terminales | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen ocular para niños | Sin cargo. | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 consulta por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo. | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Se limita a 1 artículo por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión 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 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 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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$0 |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$0 |

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