




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://www-es.ambetterhealth.com/en/wa/2026-brochures.html> o llame al 1-877-687-1197 (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 1-877-687-1197 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 con un proveedor de atención de salud indígena (IHCP) o con una remisión de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$2,500 por miembro/\$5,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan , cada uno debe alcanzar el deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para atención de proveedores de la red : \$9,750 por miembro/\$19,500 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo y atención de salud que este plan no cubre; costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por proveedores fuera de la red .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/wa/findadoc o llame al 1-877-687-1197 (TTY 711) para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión del médico para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo.	\$20 Copago / visita; deducible no se aplica. Las primeras 2 visitas se cubren \$1; No se aplica deducible	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargo.	\$65 Copago / visita; deducible no se aplica	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; deducible no se aplica	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 .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	<p>Servicios profesionales y de laboratorio sin cargo.</p> <p>Radiografías y diagnóstico por imágenes sin cargo.</p> <p>Servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio.</p>	<p>\$40 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio</p> <p>\$65 Copago / visita; deducible no se aplica para diagnóstico por imágenes y radiografías</p> <p>\$600 Copago / visita para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio</p>	Sin cobertura	<p>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.</p> <p>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.</p>
Si se realiza un examen	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetterhealth.com/en/wa/2026formulary .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: Sin cargo.	Al por menor: \$25 Copago / receta; deducible 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 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 (nivel 2)	Al por menor: Sin cargo.	Al por menor: \$75 Copago / receta; deducible 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 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 (nivel 3)	Al por menor: Sin cargo.	Al por menor: \$250 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 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.
	Medicamentos de especialidad (nivel 4)	Al por menor: Sin cargo.	Al por menor: \$250 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 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.	\$600 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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	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.	\$800 Copago / visita	\$800 Copago / visita	Cubierto sin límite. Para los servicios de emergencia en el estado de Washington y fuera del estado: solo se aplican los costos compartidos dentro de la red ; los proveedores/hospitales no están autorizados a facturarles saldo a los miembros, sin importar el estado en la red . (Consulte la nota sobre la facturación de saldo que aparece encima de este gráfico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	Copago de \$375 / traslado. No se aplica el deducible	Copago de \$375 / traslado. No se aplica el deducible	Cubierto sin límite. El costo compartido dentro de la red se aplica a los servicios de ambulancia aérea y terrestre en el estado de Washington y a los servicios de ambulancia aérea fuera del estado. Los proveedores, incluidas las organizaciones de servicios de ambulancia aérea y terrestre, no están autorizados a facturar el saldo por estos servicios de emergencia . Los servicios de ambulancia acuática están excluidos de los requisitos federales y estatales de prohibición de facturación de saldo y pueden facturar saldos por servicios de emergencia . Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. 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 (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	Atención de urgencia	Sin cargo.	\$65 Copago / visita; deducible no se aplica	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.	\$800 Copago / día, hasta 5 días	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. El copago por día se limita a 5 copagos por estancia. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo	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: \$20 Copago / visita; deducible no se aplica. Las primeras 2 visitas se cubren \$1; No se aplica deducible Otros servicios para pacientes ambulatorios: [[benefits_package.OutpatientMentalINN]]	Sin cobertura	Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	\$800 Copago / día, hasta 5 días	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. El copago por día se limita a 5 copagos por estancia. 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 (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cargo; deducible no se aplica; No se aplica deducible	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 o en el caso de que haya recién nacidos enfermos. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención médica para madres podría incluir pruebas y servicios que tienen un costo compartido bajo una categoría de beneficios diferente, como los exámenes de diagnóstico como las ecografías. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . 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.	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. El copago por día de hospitalización se limita a 5 copagos por estancia. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención médica para madres podría incluir pruebas y servicios que tienen un costo compartido bajo una categoría de beneficios diferente, como los exámenes de diagnóstico como las ecografías. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . 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.	\$800 Copago / día, hasta 5 días	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 130 visitas por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de salud en el hogar	Sin cargo.	\$30 Copago / día; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 130 visitas 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 (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Atención ambulatoria: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: \$800 Copago / día, hasta 5 días	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 visita. Se limita a 25 consultas ambulatorias al año. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización por año. El copago por día se limita a 5 copagos por estancia. Nota: Los límites para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Pacientes ambulatorios: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: \$800 Copago / día, hasta 5 días	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 visita. Se limita a 25 consultas ambulatorias al año. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización por año. El copago por día se limita a 5 copagos por estancia. Nota: Los límites para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	\$800 Copago / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	Servicios para enfermos terminales	Sin cargo.	\$30 Copago / día; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 14 días de por vida para la atención de relevo cubierta junto con los servicios para enfermos terminales. 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 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Se limita a un marco y un par (dos lentes) por año calendario o lentes de contacto en lugar de anteojos.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<p>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).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Atención de la vista de rutina (Adulto) • Atención dental (Adulto) • Atención dental (Niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad (excepto inseminación artificial) • Cirugía bariátrica • Cirugía estética 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos • Programas de pérdida de peso • Servicio de enfermería privada

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

- Aborto
- Acupuntura
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 3 años)
- Cuidado quiropráctico (10 visitas al año)
- Cuidado rutinario de los pies

Su derecho a continuar con 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 Coordinated Care Corporation, 1-877-687-1197 (TTY 711); Washington State Office of the Insurance Commissioner, Phone: 1-800-562-6900; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); Oficina de Gestión de Personal de Programas de Planes Multiestatales, <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 Médicos](#). 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 Washington State Office of the Insurance Commissioner, Phone: 1-800-562-6900

¿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 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1197 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1197 (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. Fijese 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](#) \$2,500
- [Médico especialista copayment](#) \$65
- Hospital (centro) [copayment](#) \$800
- 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](#) \$2,500
- [Médico especialista copayment](#) \$65
- Hospital (centro) [copayment](#) \$800
- 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](#) \$2,500
- [Médico especialista copayment](#) \$65
- Hospital (centro) [copayment](#) \$800
- 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.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Coordinated Care Corporation에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1197 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.
Laotian:	ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມເຕີມບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1197 (TTY 711).
Pashto:	که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ، د Ambetter from Coordinated Care Corporation په اړه پوښتنې لری او په انګلیسي ژبه کې مهارت نه لری، تاسو حق لری چې په خپله ژبه کې پرته له لګښت او په وخت سره مرسته او معلومات ترلاسه کړئ. که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ، د اوریدو او/یا د لیدلو ستونزه لری چې د اړیکو مخه نیسي، تاسو حق لری چې مرستندویه مرستې او خدمات په وړیا توګه او په وخت سره ترلاسه کړئ. د ژباړې یا مرستندویه خدماتو ترلاسه کولو لپاره، مهرباني وکړئ د غړو خدماتو سره په 1-877-687-1197 (TTY 711) اړیکه ونیسی.
Portuguese:	Se tiver dúvidas ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca do Ambetter from Coordinated Care Corporation e não falar inglês, tem direito a obter ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem direito a receber equipamentos ou serviços de assistência, sem qualquer custo e de forma atempada. Para ter acesso a traduções ou a serviços de assistência, contacte os "Member Services" (Serviços de Membros) através do número 1-877-687-1197 (TTY 711).
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਰਾਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੇਖਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੇ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-687-1197 (TTY 711) 'ਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-877-687-1197 (TTY 711).
Somali:	Haddii adiga, ama qof aad caawinaysaa, uu qabo su'aalo ku saabsan Ambetter from Coordinated Care Corporation, oo aanu si wanaagsan ugu hadal Ingiriisiga, waxaad xaq u leedahay inaad hesho caawimo iyo macluumaad ah luqaddaada oo aan kharash ahayn iyo wakhti habboon. Haddii adiga, ama qof aad caawinaysaa, aad qabtaan xaalado maqalka ah iyo/ama araga ah oo xanibta wada xidhiidhka, waxaad xaq u leedahay inaad hesho kaalmada wada xidhiidhka iyo adeegyada oo aan kharash kugu joogin qaab wakhti habboon ah. Si aad u hesho turjumaad iyo adeegyada kaalmada wada xidhiidhka, fadlan la xidhiidh Adeegyada Xubinta lambarka 1-877-687-1197 (TTY 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Coordinated Care Corporation y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1197 (TTY 711).
Tigrigna:	ባዕልኻ ወይ ንስኻ እትሕግዞ ሰብ ብዛዕባ ኣብ ትሕቲ Ambetter from Coordinated Care Corporation ዝመሓደር Ambetter ሕቶታት እንተልዮምኹም፣ ግን ከእ ናይ ቋንቋ ኢንግሊሽ ብቕዓት እንድሕር ዝጎድለኩም ከይኑ፣ ሓገዝን ሓበሬታን ብቋንቋኹም፣ ብናጻን ኣብ ትኽክለኛ እዋንን ክትረኽቡ መሰል ኣለኩም። ባዕልኻ ወይ ንስኻ እትሕግዞ ሰብ ክትረዳዳኡ ዝዕንቅፍ ናይ ምስማዕ ወይ ምርኣይ ጸገም እንተልዩኩም፣ ብናጻን ኣብ ሰዓቱን መስምጺ/መርኣዩ ሓገዝትን ኣገልግሎታትን ክትረኽቡ መሰል ኣለኩም። ናይ ትርጉም ወይ ድማ መስምጺ/መርኣዩ ሓገዝት ንምርካብ፣ በጃኻ ምስ ናይ ኣባላት ኣገልግሎታት ብ 1-877-687-1197 (TTY 711) ተራኽቡ።
Ukrainian:	Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Coordinated Care Corporation, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-877-687-1197 (TTY 711).
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1197 (TTY 711).



Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Coordinated Care Corporation complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation or gender identity. Ambetter from Coordinated Care does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation or gender identity.

Ambetter from Coordinated Care:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Ambetter from Coordinated Care at 1-877-687-1197 (TTY 711).

If you believe that Ambetter from Coordinated Care has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation or gender identity, you can file a grievance with: Ambetter from Coordinated Care, 1557 Coordinator, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631, 1-855-577-8234 (TTY 711), Fax 1-866-388-1769, or email SM_Section1557Coord@centene.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Coordinated Care is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation, which is a Qualified Health Plan issuer in the Washington Health Benefit Exchange. This is a solicitation for insurance. © 2025 Coordinated Care Corporation. All rights reserved. AmbetterHealth.com/en/wa



Declaración de no discriminación

Ambetter from Coordinated Care Corporation cumple las leyes federales y las leyes del estado de Washington vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Ambetter from Coordinated Care no excluye ni trata a las personas de manera menos favorable por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

- Modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si usted o alguien a quien ayuda tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y en el momento oportuno. Ambetter from Coordinated Care brinda:

- Servicios gratuitos de asistencia de idiomas a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas, llame a Ambetter from Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Si cree que Ambetter from Coordinated Care no brindó estos servicios o discriminó de otro modo por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja: Ambetter from Coordinated Care, 1557 Coordinator, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631, 1-855-577-8234 (TTY 711), Fax 1-866-388-1769, o por correo electrónico a SM_Section1557Coord@centene.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Ambetter from Coordinated Care está disponible si necesita ayuda para presentar una queja.

También puede presentar un reclamo sobre los derechos civiles ante estos organismos:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900 o al 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamo están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Ambetter from Coordinated Care está cubierto por Coordinated Care Corporation, que es un emisor de planes de salud calificados en el Mercado de Beneficios de Salud de Washington. Esta es una solicitud de seguro. © 2025 Coordinated Care Corporation. Todos los derechos reservados. AmbetterHealth.com/es/wa