



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica 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/az/2026-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 <b>deducible</b> total?                                       | \$8,450 por miembro / \$16,900 por familia.                                                                                                                                                                                                                                            | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <b>plan</b> , cada familiar debe satisfacer su propio <b>deducible</b> individual hasta que la cantidad total de gasto <b>deducibles</b> pagados por todos los familiares satisfagan el <b>deducible</b> familiar total.                                                                                                                                                  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?            | Sí. Los servicios de <b>atención preventiva</b> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <b>atención de urgencia</b> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <b>deducible</b> (ver información adicional a continuación). | Este <b>plan</b> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <b>deducible</b> . Sin embargo, se podría aplicar un <b>copago</b> o un <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> antes de que alcance su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No debe pagar <b>deducibles</b> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?   | Para atención de <b>proveedores de la red</b> : \$10,150 por miembro/\$20,300 por familia. No se aplica a <b>proveedores fuera de la red</b> .                                                                                                                                         | El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <b>plan</b> , estos tienen que alcanzar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta que se alcance el <b>límite de gastos de bolsillo</b> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ? | <b>Primas</b> , cargos de <b>facturación de saldo</b> , multas por no obtener <b>autorización previa</b> para los servicios y atención de salud que este <b>plan</b> no cubre.                                                                                                         | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                         | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Visite <a href="https://ambetterhealth.com/en/az/findadoc">https://ambetterhealth.com/en/az/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 <a href="#">servicios</a> . |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> 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 dentro 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 | \$40 <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 telemedicina 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>                                  | \$90 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                               | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación</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)    | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                      |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                 |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                 | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                         |
|                            |                                                                                                                              | 50% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías<br><br>50% <a href="#">Coseguro</a> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio |                                                    | Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. |
|                            | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                        |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Servicios que podría necesitar                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealth.com/en/az/2026formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetterhealth.com/en/az/2026formulary">https://ambetterhealth.com/en/az/2026formulary</a> | Medicamentos genéricos                                        | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$30 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Medicamentos de marca preferidos                              | Nivel 2: Venta minorista: 45% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                               | 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: 45% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                               | 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.                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                  | Nivel 4: Venta minorista: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                               | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tarifas del médico/cirujano                                   | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                                                                                                                                                            |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                     | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                            | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | 50% <a href="#">Coseguro</a>                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | 50% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un <a href="#">proveedor</a> de ambulancia terrestre o acuática fuera de la <a href="#">red</a> , es posible que deba pagar una <a href="#">facturación de saldo</a> .                                                                                                  |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$50 <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) | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                         | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios               | Visita al consultorio: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico).                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados             | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                              | \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                   | Sin cobertura                                      | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                       | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                            |                                                       |                                                     |                                                    | 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 | 50% <a href="#">Coseguro</a>                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). |
|                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 50% <a href="#">Coseguro</a>                        | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                                                                         |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                 | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                         | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 42 visitas por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | Atención ambulatoria: 50% <a href="#">Coseguro</a><br>Servicios hospitalarios: 50% <a href="#">Coseguro</a> | 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: 50% <a href="#">Coseguro</a><br>Servicios hospitalarios 50% <a href="#">Coseguro</a>  | 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 tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista 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](#)).**

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (niños)</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Cirugía cosmética.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para bajar de peso.</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad.</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de quiropráctico (limitada a 20 visitas por año).</li> <li>• Atención médica de la vista de rutina (adultos: una consulta y un artículo por año; la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).</li> <li>• Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (limitado a 1 audífono por oído por año).</li> <li>• Cirugía bariátrica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina.</li> <li>• Enfermería privada.</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 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. 1-602-364-2977 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 una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal 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 formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, 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. 1-602-364-2977 or 1-800-325-2548

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) 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 fiscal para primas del plan](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo 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, kwijjigo 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](#) médicos. 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](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$8,450        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$9,310</b> |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$3,900        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$800          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$4,720</b> |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,800</b> |

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



FROM



|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>             | If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Arizona Complete Health, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you're helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-888-926-5057 (TTY 711).                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Spanish:</b>             | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Arizona Complete Health 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 1-888-926-5057 (TTY 711).                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Navajo:</b>              | Daa ni, doodaii la'da ni'bineesh'a dzaqadi, be'esdzááh na'ídíkid 'aa Ambetter from Arizona Complete Health, dóó bineesh'a góó t'oo 'adee naash'ne di Bilagaana bizaad, ni be'esdzááh la' t'áá 'áko góó bil hánish'áásh dzaqadi dóó bika'ashkíid di nihí saad gi 'ádin t'áadoo bááhilinigoo dóó di léi na'alkid lahgo 'át'éeego. Dáqú ni, doodaii la'da ni'bineesh'a dzaadi, be'esdzááh la nish'j dóó/doodaii na'ach'aah 'ahooszoli eii biniishl'aah bil'alnaa'alwo, ni be'esdzááh la' t'aa 'ako góó baa yíltsoós 'ooljee'lahgo 'anaa'niil bika'iishyeed dóó tse'esgizii gi 'adin t'aadoo baahilinigoo dóó di léi na'alkid lahgo 'át'éeego. Góó yíltsoós saad náánálahdéé' doodaii 'ooljee'lahgo 'anaa'niil tse'esgizii, t'aa shoodi deistse' 'Anishtah Tse'esgizii gi 1-888-926-5057 (TTY 711). |
| <b>Chinese Traditional:</b> | 如果您或您正在協助的對象有關於 Ambetter from Arizona Complete Health 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和訊資訊。如果您或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-888-926-5057 (TTY 711)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Chinese Simplified:</b>  | 如果您或您正在帮助的人对 Ambetter from Arizona Complete Health 有疑问，并且不精通英语，您有权以免费且及时的方式获得以您所使用的语言提供的帮助和信息。如果您或您正在帮助的人有听觉和/或视觉障碍，从而导致沟通不畅，则您有权以免费且及时的方式获得辅助帮助和服务。如需获得翻译或辅助服务，请致电 1-888-926-5057 (TTY 711)，联系会员服务部。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Vietnamese:</b>          | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Arizona Complete Health 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 1-888-926-5057 (TTY 711).                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Arabic:</b>              | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Arizona Complete Health، ولم تكن تجيد التحدث باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني، أنت أو أي شخص تساعد، من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-888-926-5057 (TTY 711).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Tagalog:</b>             | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arizona Complete Health, 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 tinutulongan, 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 1-888-926-5057 (TTY 711).                                                                                                                                 |

