




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. **Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.ascensionpersonalizedcare.com o llame al 833-600-1311. Consulte el glosario para conocer las definiciones generales de algunos términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados. Puede ver el glosario en www.ascensionpersonalizedcare.com o llamar al 833-600-1311 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|-----------------|---|
| ¿Cuánto es el deducible general? | \$0 | Consulte más abajo la tabla de Circunstancia médica común para saber qué costos de servicios cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ? | Sí. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del deducible , pero se puede aplicar un copago o coseguro . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos. |
| ¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red ? | No corresponde. | Este plan no usa una red de proveedores . Puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor . |
| ¿Necesita una remisión para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión . |

 Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP) (Usted pagará menos) | Proveedor que no es IHCP (usted pagará más) | |
| Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Visita al especialista | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Atención preventiva/examen médico /vacunas | Sin cargo | No está cubierto | Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría. |
| Si se hace una prueba | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Diagnóstico por imágenes (imágenes por tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin cargo | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.]

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP) (Usted pagará menos) | Proveedor que no es IHCP (usted pagará más) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/pharmacy | Medicamentos genéricos | Sin cargo | No está cubierto | La cobertura está limitada para un suministro para hasta 30 días en farmacia y 90 días de entrega a domicilio; un suministro para hasta 30 días para farmacia y entrega a domicilio para medicamentos especializados. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, incluyendo, por ejemplo: autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad. Para los medicamentos del Programa de Garantía del Paciente de Cigna (Cigna Patient Assurance Program), es posible que pague menos que las cantidades de costos compartidos de farmacia o de entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos que exige el gobierno federal dentro de la red se darán sin cargo. Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo | No está cubierto | |
| | Medicamentos especializados | Sin cargo | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. Consulte más arriba. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No está cubierto | |
| Si necesita atención médica inmediata | Servicios en la sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Las hospitalizaciones de emergencia requieren autorización dentro de las 48 horas siguientes a la admisión. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | La ambulancia que no sea de emergencia no está cubierta fuera de la red. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.]

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP) (Usted pagará menos) | Proveedor que no es IHCP (usted pagará más) | |
| Si tiene una estancia en el hospital | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. Excluye sangre. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | No está cubierto | Para otros servicios ambulatorios, deducible + 50% de coseguro |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| Si usted está embarazada | Visitas en el consultorio | Sin cargo | o está cubierto | Según el tipo de servicio, podría aplicarse un copago . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido). |
| | Servicios profesionales para el parto/nacimiento | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Servicios del centro para el parto/nacimiento | Sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa para partos vaginales que requieran una estancia de más de 48 horas y para partos por cesárea que requieran una estancia de más de 96 horas, o no se pagarán beneficios. |

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.]

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP) (Usted pagará menos) | Proveedor que no es IHCP (usted pagará más) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales médicas | Atención médica en casa | Sin cargo | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | No está cubierto | Terapia del habla limitada a un servicio por día; hasta un máximo de 90 servicios diarios por miembro por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | No está cubierto | Excluye sangre. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo; no se aplica el deducible | No está cubierto | ————ninguno———— |
| | Anteojos para niños | Sin cargo; no se aplica el deducible | No está cubierto | Limitado a 3 pares de monturas estándar por año calendario (incluye una garantía mínima de un año), las monturas no estándar no están cubiertas fuera de la red. |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | ————ninguno———— |

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.]

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---|---|--|
| • Aborto (excepto cuando la vida de la madre esté en peligro) | • Atención dental (adultos) | • Atención de rutina de la vista (adultos) |
| • Acupuntura | • Audífonos | • Cuidado de rutina de los pies excepto en ciertas condiciones |
| • Cirugía bariátrica | • Atención de largo plazo | • Programas para bajar de peso |
| • Cirugía cosmética | • Atención que no sea de emergencia cuando usted viaje fuera de los EE. UU. | |

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|--|----------------------|
| • Manipulación de la columna vertebral | • Tratamiento de la infertilidad (solo hasta el momento del diagnóstico) | • Enfermería privada |
|--|--|----------------------|

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el plan, administrado por US Health and Life, llamando al 833-600-1311 o visitando <http://www.ascensionpersonalizedcare.com>; el Departamento de Seguros de Kansas (Kansas Insurance Department), 1300 SW Arrowhead Road, Topeka, KS 66604, llamando al 1-800-432-2484 o visitando <https://www.ksinsurance.org/consumers.php>; el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/>, o puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con El Departamento de Seguros de Kansas visitando <https://insurance.kansas.gov/health-life>.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado](#) de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito fiscal para primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#) de seguros.

Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (español): Para obtener asistencia en Español, llame al 833-600-1311.]

[Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 833-600-1311.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 833-600-1311.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 833-600-1311.]

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.]

Información sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([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 dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta 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 un hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (atención prenatal) Servicios profesionales de parto Servicios en centros de parto [Pruebas diagnósticas](#) (ultrasonidos y análisis de sangre) Visita al [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 | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$60 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre enfermedades) [Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre) [Medicamentos con receta](#) [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 | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$20 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Servicios en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos) [Prueba diagnóstica](#) (radiografía) [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 |

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

| | |
|----------------|--|
| Español | Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de US Health and Life Insurance Company, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-600-1311. |
| Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أي أسئلة حول شركة US Health and Life Insurance Company، يحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث مع المترجم الفوري، اتصل على 1-833-600-1311. |
| Chinese | 如果您，或您正在幫助的人，有關於 US Health and Life Insurance Company 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-833-600-1311。 |
| Vietnamese | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về US Health and Life, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-600-1311. |
| Albanian | Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka pyetje për US Health and Life, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin 1-833-600-1311. |
| Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 US Health and Life 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-600-1311 로 전화하십시오. |
| Bengali | যদি আপনার, বা আপনি সাহায্য করছেন এমন কারোর, US স্বাস্থ্য এবং জীবন বীমা কোম্পানি (US Health and Life Insurance Company)–এর ব্যাপারে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় নিখরচায় সাহায্য এবং তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলতে 1-833-600-1311 নম্বরে ফোন করুন। |
| Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie US Health and Life, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-833-600-1311. |
| German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum US Health and Life Insurance Company haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-833-600-1311 an. |
| Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su US Health and Life Insurance Company, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-833-600-1311. |
| Japanese | ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、US Health and Life Insurance Company についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望される場合、1-833-600-1311 までお電話ください。 |
| Russian | Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу US Health and Life Insurance Company, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-833-600-1311. |
| Serbo-Croatian | Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o US Health and Life Insurance Company, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 1-833-600-1311. |
| Tagalog | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa US Health and Life Insurance Company, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-600-1311. |
| Swahili | Kama wewe, au mtu unaye mpa usaidizi ana maswali kuhusu US Health and Life Insurance Company, Una haki ya kupata habari hii na msaada kwa lugha yako bila gharama. Kuzungumza na mkalimani, piga nambari hii: 1-833-600-1311. |