



## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*Ambetter of Arkansas delivers quality healthcare solutions that help Arkansas residents live better. And with Ambetter, our Health Insurance Marketplace insurance plan, we offer a variety of affordable options that make it easier to stay healthy—and to stay covered.*

At Ambetter of Arkansas, we believe that nothing is more important than your health. We also believe that you deserve to get the most out of your Marketplace health insurance plan.

That's why we make sure our Ambetter plans fit your health needs and your budget. But our focus doesn't stop there. In fact, our commitment to your well-being extends far beyond the doctor's office and into your everyday life. Ambetter

of Arkansas is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

Our Ambetter plans also offer a wide variety of valuable programs, educational tools and support. With Ambetter of Arkansas it's easy to stay in charge of your health. And to lead a healthy, fulfilling life.



### **Comprehensive Medical Care**

Complete medical care that covers all of your Essential Health Benefits.



### **My Health Pays™ Program**

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



### **Integrated Care Management**

Get well and stay well with preventive care and whole health services.



### **Prescription Coverage**

Get coverage for your medical prescriptions.



### **24/7 Nurse Advice Line**

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



### **Vision Coverage**

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



### **Optional Adult Dental Coverage**

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams. Only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



**To learn more, visit [AmbetterofArkansas.com](https://AmbetterofArkansas.com).**

Ambetter of Arkansas is underwritten by Arkansas Health & Wellness Solutions, a Qualified Health Plan Issuer in the Arkansas Health Insurance Marketplace. Ambetter of Arkansas does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations.

# Extra benefits help you live better

**Take charge with our special rewards program.**

---



## **My Health Pays™ - Earn up to \$200.**

Ambetter of Arkansas rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$200 on your My Health Pays card when you:

- Log in to your online member account to begin the program (\$25)
- Complete your Ambetter Wellbeing Survey (\$50)
- Receive your annual wellness exam by going to your primary care provider (PCP) (\$50)
- Get your annual flu vaccine (\$25)
- Complete a personalized health plan (\$50)

Use your card to pay for baby care items, groceries, over-the-counter medicines and personal care items.

**Enroll today! Call 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392) or visit [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com). Text ARKANSAS to 36453\***

\* Standard message and data rates may apply. Reply STOP to opt-out. No purchase necessary. We'll text you a few times per month. Terms and Privacy: [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com)

# Ambetter Secure Care 2 (2016)

with 3 Free PCP Visits (Gold Level)

	In-network	Out-of-network
Medical Annual Deductible	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Family:</b> \$2,000	<b>Individual:</b> \$2,000; <b>Family:</b> \$4,000
Medical Coinsurance	20% Coinsurance	40% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	<b>Individual:</b> \$500; <b>Family:</b> \$1,000	<b>Individual:</b> Not covered; <b>Family:</b> Not covered
Prescription Drug Coinsurance	30% Coinsurance	Not covered
Maximum Annual Out-of-pocket	<b>Individual:</b> \$6,350; <b>Family:</b> \$12,700	<b>Individual:</b> \$12,500; <b>Family:</b> \$25,000

To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter of Arkansas online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	\$250 Copay after deductible	\$250 Copay after deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	20% Coinsurance after deductible	20% Coinsurance after deductible	Yes
Urgent Care	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes

## Provider Services

Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	40% Coinsurance after deductible	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity (3 free visits per person, 4th visit and after are subject to Deductible and Coinsurance.)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes

## Inpatient & Outpatient Services

Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes

## Other Medical Services

Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes
Skilled Nursing Facility	20% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible	Yes

## Pediatric Vision

Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Covered up to \$38.50	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Covered up to \$50	No
Lenses (per pair)	100% Covered	Covered up to \$37.50	No

## Prescription Drugs

Generics*	\$10 Copay	Not covered	No
Preferred Brand Drugs	\$25 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes
Non-preferred Brand Drugs	\$75 Copay after prescription drug deductible	Not covered	Yes
Specialty Drugs	30% Coinsurance after prescription drug deductible	Not covered	Yes

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state. If services are provided by an out-of-network-provider, balanced billing may occur. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com).

**AmbetterofArkansas.com • 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392)**



## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*Ambetter of Arkansas ofrece soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Arkansas a vivir mejor. Y con Ambetter, nuestro plan de seguro del Mercado de seguros de salud, ofrecemos una variedad de opciones asequibles que hacen más fácil permanecer sano—y permanecer cubierto.*

En Ambetter of Arkansas, creemos que nada es más importante que su salud. También creemos que usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud del Mercado.

Es por eso que nos aseguramos de que nuestros planes de Ambetter se ajusten a sus necesidades de salud y a su presupuesto. Pero nuestro enfoque no para ahí. De hecho, nuestro compromiso con su bienestar se extiende mucho

más allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria. Ambetter of Arkansas es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarle a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter of Arkansas, es fácil permanecer a cargo de su salud. Y llevar una vida sana y plena.



**Atención médica completa** - Atención médica completa que cubre todos sus Beneficios de salud esenciales.



**Programa My Health Pays™** - Gane recompensas en dólares por tan solo permanecer proactivo acerca de su salud.



**Administración integrada de la atención** - Recupere su salud y permanezca sano con atención preventiva y servicios de salud completos.



**Cobertura de medicamentos recetados** - Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



**Línea de enfermería 24/7** - Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



**Cobertura para la vista** - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. La cobertura para la vista opcional para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



**Cobertura dental opcional para adultos** - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes. Solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.



**Para obtener más información, visite [AmbetterofArkansas.com](https://www.ambetterofarkansas.com).**

Ambetter of Arkansas está asegurado por Arkansas Health & Wellness Solutions; una compañía Autorizada de Planes de Salud en el Mercado de seguro médico de Arkansas y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluso inscripción y determinaciones de beneficios.

# Los beneficios adicionales le ayudan a vivir mejor.

**Hágase cargo con programa especial de recompensas.**



## **My Health Pays™ - Gane hasta \$200.**

Ambetter of Arkansas recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$200 en su tarjeta de My Health Pays cuando:

- Entrar a su cuenta del miembro en línea para comenzar el programa (\$25)
- Completar su Cuestionario de bienestar de Ambetter (\$50)
- Hacerse su examen anual de bienestar yendo donde su proveedor de atención primaria (PCP) (\$50)
- Ponerse su vacuna antigripal anual (\$25)
- Completar un plan de salud personalizado (\$50)

Use sus recompensas para ayudar a pagar por artículos para el cuidado del bebé, provisiones/abarrotes, medicamentos de venta sin receta, y artículos para el cuidado personal.

**¡Inscríbese Hoy! Llame al 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392) o visite [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com). Envíe un mensaje con la palabra ARKANSAS al 36453\***

\* Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Responda STOP para no participar. No es necesario hacer una compra. Le enviaremos mensajes unas cuantas veces por mes. Términos y privacidad: [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com)

# Ambetter Secure Care 2 (2016)

con 3 visitas al PCP gratuitas (nivel de oro)

Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter of Arkansas están dentro de la red.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico anual	<b>Individual:</b> \$1,000; <b>Familiar:</b> \$2,000	<b>Individual:</b> \$2,000; <b>Familiar:</b> \$4,000
Coseguro médico	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%
Deducible anual para medicamentos recetados	<b>Individual:</b> \$500; <b>Familiar:</b> \$1,000	<b>Individual:</b> No están cubiertos; <b>Familiar:</b> No están cubiertos
Coseguro para medicamentos recetados	Coseguro del 30%	No están cubiertos
Máximo anual de su propio bolsillo	<b>Individual:</b> \$6,350; <b>Familiar:</b> \$12,700	<b>Individual:</b> \$12,500; <b>Familiar:</b> \$25,000

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios en la sala de emergencia	Copago de \$250 después del deducible	Copago de \$250 después del deducible	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 20% después del deducible	Sí
Atención médica de urgencia	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí

## Servicios de proveedores

Servicio	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	Coseguro del 40% después del deducible	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad (3 visitas gratuitas por persona, 4.a visita y visitas sucesivas están sujetas al deducible y coseguro.)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí

## Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Servicio	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí

## Otros servicios médicos

Servicio	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 20% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible	Sí

## Vista pediátrica

Servicio	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$38.50	No
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$50	No
Lentes (por par)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No

## Medicamentos recetados

Servicio	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Genéricos*	Copago de \$10	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$25 después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75 después del deducible	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Coseguro del 30% después del deducible	No están cubiertos	Sí

\*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado. Si los servicios los brinda un proveedor fuera de la red, podría haber un cobro por una parte del servicio. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en [AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com).

**[AmbetterofArkansas.com](http://AmbetterofArkansas.com) • 1-877-617-0390 (TDD/TTY: 877-617-0392)**

Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2015 Ambetter of Arkansas. Todos los derechos reservados.

AMB15-AR-C-00084