



Ambetter

YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

Ambetter from Arkansas Health & Wellness provides healthcare solutions.

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter from Arkansas Health & Wellness, you'll receive affordable healthcare coverage that includes preventive care and whole health services. And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter from Arkansas Health & Wellness is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit
Ambetter.ARhealthwellness.com.



Ambetter Telehealth

Convenient, 24-hour phone or video access to healthcare providers for non-emergency health issues.



Medical Care Services

Medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.



myhealthpays[®] Rewards Program

Sign up for our rewards program and earn dollar rewards when you take steps to be healthy.



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 plans.



Optional Adult Dental Coverage

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

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ Vision & Adult Dental (Silver Level)

	In-Network	Out-of-Network
Medical Annual Deductible	Individual: \$3,000; Family: \$6,000	Individual: \$6,000; Family: \$12,000
Medical Coinsurance	30% Coinsurance	50% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	Individual: Integrated with medical deductible; Family: Integrated with medical deductible	Individual: Not covered; Family: Not covered
Prescription Drug Coinsurance	Integrated with medical coinsurance	Not covered
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$6,750; Family: \$13,500	Individual: \$13,500; Family: \$27,000

To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at Ambetter.ARhealthwellness.com and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from Arkansas Health & Wellness online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	\$600 Copay with deductible	\$600 Copay with deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	30% Coinsurance after deductible	30% Coinsurance after deductible	Yes
Urgent Care	\$100 Copay	50% Coinsurance	No

Provider Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	50% Coinsurance	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	\$30 Copay	50% Coinsurance	No
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	\$60 Copay	50% Coinsurance	No
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes

Inpatient & Outpatient Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	\$750 Copay per day with deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	\$250 Copay per stay	50% Coinsurance	No
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes

Other Medical Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	\$30 Copay/Office Visit; deductible does not apply; 30% Coinsurance after deductible for all other services	50% Coinsurance/Office Visit; deductible does not apply; 50% Coinsurance after deductible for all other services	Yes
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	30% Coinsurance after deductible	50% Coinsurance after deductible	Yes

Pediatric Vision	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
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	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Generics*	\$25 Copay	Not covered	No
Preferred Brand Drugs	\$50 Copay	Not covered	No
Non-preferred Brand Drugs	30% Coinsurance after deductible	Not covered	Yes
Specialty Drugs	30% Coinsurance after 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 and are for in-network providers only. 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 Health Insurance Terms page on Ambetter.ARhealthwellness.com.

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

Pediatric Vision (Up to 19 years of age)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Exams and Eyewear:			
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):			
Single	100% Covered	Covered up to \$37.50	No
Bifocal	100% Covered	Covered up to \$55	No
Trifocal	100% Covered	Covered up to \$75	No
Lenticular	100% Covered	Covered up to \$75	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	100% Covered	Covered up to \$91	No
Contact lens fitting	100% Covered	Covered up to \$26.60	No
Specialty lens fitting	100% Covered	Covered up to \$35	No

Adult Vision (Ages 19 years of age and older*)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Exams and Eyewear:			
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Covered up to \$38.50	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	Covered up to \$130	Covered up to \$50	No
Lenses (per pair):			
Single	100% Covered	Covered up to \$37.50	No
Bifocal	100% Covered	Covered up to \$55	No
Trifocal	100% Covered	Covered up to \$75	No
Lenticular	100% Covered	Covered up to \$75	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130	Covered up to \$91	No
Contact lens fitting	100% Covered	Covered up to \$26.60	No
Specialty lens fitting	Covered up to \$50	Covered up to \$35	No

*Adult routine vision does not apply to plan maximum.

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)

Adult Dental* (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage)

Annual Maximum Dental Benefit** \$1,000 per covered person per calendar year

Routine Dental (Class 1)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Routine Oral Exam (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Routine Cleaning (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Bite-wing X-ray (1 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Full Mouth X-ray (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Panoramic Film (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Topical Fluoride Application (2 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No
Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures)	No charge, subject to Annual Maximum	No charge, subject to Annual Maximum	No

Basic Dental (Class 2)	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Basic services:			
Silver Fillings (1 per 2 years)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Endontics:			
Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Periodontics:			
Scaling & Root Planning (1 per 24 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Periodontal Maintenance (4 in 12 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Oral Surgery:			
Simple Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Surgical Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Removal of Impacted Teeth	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Alveoplasty	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Prostodontics:			
Relines (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Rebase (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Adjustments	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Repairs	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No

*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.

**Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.

Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Arkansas Health & Wellness complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Arkansas Health & Wellness does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Arkansas Health & Wellness:

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

If you need these services, contact Ambetter from Arkansas Health & Wellness at 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)..

If you believe that Ambetter from Arkansas Health & Wellness has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Ambetter from Arkansas Health & Wellness Appeals Unit, P.O. Box 25538, Little Rock, AR 72221, 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)., Fax 1-866-811-3255, Email gareferrals@centene.com. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Arkansas Health & Wellness is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Ambetter

SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

Ambetter de Arkansas Health & Wellness brinda soluciones de atención médica.

Su salud es importante para nosotros. Y usted se merece obtener lo máximo de su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter de Arkansas Health & Wellness, recibirá cobertura de atención médica al alcance de su bolsillo que incluye atención preventiva y servicios de salud integrales. Y también, nuestros planes le brindan acceso a valiosos programas, herramientas educativas y apoyo. Para que pueda enfocarse en mantenerse saludable.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio médico. En Ambetter de Arkansas Health & Wellness estamos activos en su comunidad local — porque estamos dedicados a ayudarle a gozar de una vida plena.

Para obtener más información, visite Ambetter.ARhealthwellness.com.



Telesalud de Ambetter

Conveniente acceso las 24 horas por teléfono o video a proveedores de atención médica para tratar asuntos que no son de emergencia.



Servicios de atención médica

Cobertura médica que incluye todos sus beneficios de salud esenciales.



Programa de recompensas *Myhealthpays*

Inscríbase en nuestro programa de recompensas y gane recompensas en dólares por tomar medidas para estar saludable.



Cobertura de medicamentos de venta con receta

Obtenga cobertura para sus medicamentos de venta con receta médica.



Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Llame y hable con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



Cobertura de la vista

Cobertura pediátrica para servicios como exámenes de los ojos y anteojos graduados de venta con receta. La cobertura opcional de la vista para adultos se ofrece únicamente en algunos planes.



Cobertura dental opcional para adultos

Cobertura para servicios como exámenes, evaluaciones preventivas y limpieza dentales. Sólo se ofrece en algunos planes.

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ Vista y dental para adultos (Nivel Plata)

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible médico anual	Individual: \$3,000; Familiar: \$6,000	Individual: \$6,000; Familiar: \$12,000
Coseguro médico	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%
Deducible anual para medicamentos recetados	Individual: Integrado con el deducible médico; Familiar: Integrado con el deducible médico	Individual: No están cubiertos; Familiar: No están cubiertos
Coseguro para medicamentos recetados	Integrado con el coseguro médico	No están cubiertos
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$6,750; Familiar: \$13,500	Individual: \$13,500; Familiar: \$27,000

Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en Ambetter.ARhealthwellness.com y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter de Arkansas Health & Wellness están dentro de la red.

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 \$600 con deducible	Copago de \$600 con deducible	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 30% después del deducible	Sí
Atención médica de urgencia	Copago de \$100	Coseguro del 50%	No

Servicios de proveedores	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	Coseguro del 50%	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad	Copago de \$30	Coseguro del 50%	No
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de \$60	Coseguro del 50%	No
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí

Servicios para pacientes internados y ambulatorios	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Copago de \$750 por día con deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Copago de \$250 por estadía	Coseguro del 50%	No
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Médico cirujano/Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí
Servicios profesionales y de laboratorio para pacientes ambulatorios	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí

Otros servicios médicos	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de \$30 /visita al consultorio; deducible no aplica; coseguro del 30% después del deducible para todos los demás servicios	Coseguro del 50% /visita al consultorio; deducible no aplica; coseguro del 50% después del deducible para todos los demás servicios	Sí
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 30% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sí

Vista pediátrica	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	Su costo	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Genéricos*	Copago de \$25	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 30% 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 y son solo para proveedores dentro 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 Términos de seguro médico en Ambetter.ARhealthwellness.com.

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ **Vista y dental para adultos** (Nivel Plata)

Vista pediátrica (hasta los 19 años de edad)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Exámenes y anteojos:			
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):			
Simple	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No
Bifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$55	No
Trifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lenticular	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$91	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$26.60	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$35	No

Vista para adultos (19 años de edad y mayores*)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Exámenes y anteojos:			
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$38.50	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$50	No
Lentes (por par):			
Simple	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$37.50	No
Bifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$55	No
Trifocal	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lenticular	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$75	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$91	No
Ajuste de lentes de contacto	Cubierto 100%	Cubierto hasta \$26.60	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta \$50	Cubierto hasta \$35	No

*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.

Ambetter Balanced Care 6 (2019)

+ Vista y dental para adultos (Nivel Plata)

Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental anual máximo** \$1,000 por persona cubierta por año del calendario

Dental rutina (Clase 1)	Su costo	Fuera de la red		Sujeto a deducible
	(solo Proveedores dentro de la red)			
Examen oral de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Limpieza de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Radiografía con aleta mordida (1 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Radiografía completa de la boca (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Película panorámica (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Aplicación tópica de flúor (2 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No
Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	Sin cargo, sujeto al máximo anual		No

Dental básico (Clase 2)	Su costo	Fuera de la red		Sujeto a deducible
	(solo Proveedores dentro de la red)			
Servicios básicos:				
Empastes de plata (1 por 2 años)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Empastes de color del diente (1 por 2 años, solo para dientes delanteros)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Endodancia:				
Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Periodoncia:				
Eliminación profunda del sarro y alisado radicular (1 por 24 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Mantenimiento periodóntico (4 en 12 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Cirugía oral:				
Extracciones simples	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Extracciones quirúrgicas	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Extracción de dientes impactados	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Alveoplastia	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Prostodontics:				
Recubrimientos (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Rebasados (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Ajustes	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No
Reparaciones	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	Coseguro del 70%, sujeto al máximo anual		No

*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el mercado de seguros de salud.

**El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Arkansas Health & Wellness cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Arkansas Health & Wellness no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Arkansas Health & Wellness:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)..

Si considera que Ambetter de Arkansas Health & Wellness no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Arkansas Health & Wellness Appeals Unit, P.O. Box 25538, Little Rock, AR 72221, 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)., Fax 1-866-811-3255, Email gareferrals@centene.com. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Arkansas Health & Wellness está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Arkansas Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Arkansas Health & Wellness, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Marshallese:	Ñe kwe, ak bar juon eo kwōj jipañe, ewōr an kajitōk kōn Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ewōr am jimwe in bōk jipañ im melele ko ilo kajin eo am ejjelōk wōñāān. Ñan kōnono ippān juon ri-ukōk, kirlōk 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)。
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Arkansas Health & Wellness of Arkansas, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arkansas Health & Wellness, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Arkansas Health & Wellness ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Arkansas Health & Wellness hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) an.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Arkansas Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Hmong:	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Arkansas Health & Wellness, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) 로 전화하십시오.
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Arkansas Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Japanese:	Ambetter from Arkansas Health & Wellness について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) までお電話ください。
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Arkansas Health & Wellness के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) पर कॉल करें।
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Arkansas Health & Wellness વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) ઉપર કોલ કરો.