



FROM



# Ambetter

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*Ambetter from MHS 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 MHS, 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 MHS is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit [Ambetter.mhsindiana.com](https://Ambetter.mhsindiana.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<sup>®</sup> Rewards Program

Sign up for our rewards program and earn 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 from MHS is a Qualified Health Plan issuer in the Indiana Health Insurance Marketplace. Ambetter from MHS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

AMB19-IN-C-00069-38

# Ambetter Essential Care 2 HSA (2020)

(Bronze Level)

|                                     |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medical Annual Deductible           | <b>Individual:</b> \$6,750; <b>Family:</b> \$13,500                                                          |
| Medical Coinsurance                 | 0% Coinsurance                                                                                               |
| Prescription Drug Annual Deductible | <b>Individual:</b> Integrated with medical deductible ;<br><b>Family:</b> Integrated with medical deductible |
| Prescription Drug Coinsurance       | Integrated with medical coinsurance                                                                          |
| Maximum Annual Out-of-pocket        | <b>Individual:</b> \$6,750; <b>Family:</b> \$13,500                                                          |

**Covered benefits are for In-network providers only.**  
To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [Ambetter.mhsindiana.com](http://Ambetter.mhsindiana.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from MHS online directory are in-network.

| Emergency Services                                 | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network             |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Emergency Room Services                            | No charge after deductible            | No charge after deductible |
| Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground) | No charge after deductible            | No charge after deductible |
| Urgent Care                                        | No charge after deductible            | Not covered                |

| Provider Services                                               | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby              | No charge                             | Not covered    |
| Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity  | No charge after deductible            | Not covered    |
| Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care) | No charge after deductible            | Not covered    |
| Imaging (CT/PET Scans, MRIs)                                    | No charge after deductible            | Not covered    |
| X-rays & Diagnostic Imaging                                     | No charge after deductible            | Not covered    |
| Diagnostic Test* Lab-work/Other (i.e. EKG, Stress Test)         | No charge after deductible            | Not covered    |

| Inpatient & Outpatient Services                                              | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity) | No charge after deductible            | Not covered    |
| Inpatient Hospital Physician & Surgical Services                             | No charge after deductible            | Not covered    |
| Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)                     | No charge after deductible            | Not covered    |
| Outpatient Surgery Physician/Surgical Services                               | No charge after deductible            | Not covered    |

| Other Medical Services                                                                  | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services                   | No charge after deductible            | Not covered    |
| Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy) | No charge after deductible            | Not covered    |

| Pediatric Vision                     | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Routine Eye Exam (1 visit per year)  | 100% Covered                          | Not covered    |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | 100% Covered                          | Not covered    |
| Lenses (per pair)                    | 100% Covered                          | Not covered    |

| Prescription Drugs        | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Generics*                 | No charge after deductible            | Not covered    |
| Preferred Brand Drugs     | No charge after deductible            | Not covered    |
| Non-preferred Brand Drugs | No charge after deductible            | Not covered    |
| Specialty Drugs           | No charge after deductible            | Not covered    |

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

Information shown represents a Expanded 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.mhsindiana.com](http://Ambetter.mhsindiana.com).

**[Ambetter.mhsindiana.com](http://Ambetter.mhsindiana.com) • 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)**

### Statement of Non-Discrimination

Ambetter from MHS 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 MHS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from MHS:

- 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 MHS at 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

If you believe that Ambetter from MHS 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 MHS, Grievance & Appeals Department, PO Box 441567, Indianapolis, IN 46244, 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333), Fax 1-866-714-7993. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from MHS 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 MHS 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 MHS, 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 MHS estamos activos en su comunidad local — porque estamos dedicados a ayudarle a gozar de una vida plena.

Para obtener más información,  
visite [Ambetter.mhsindiana.com](https://Ambetter.mhsindiana.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*<sup>®</sup>

Inscríbase en nuestro programa de recompensas y gane recompensas 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 de MHS es una compañía Autorizada de Planes de Salud en el Mercado de seguro médico de Indiana. Ambetter de MHS cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

AMB19-IN-C-00069-38

# Ambetter Essential Care 2 HSA (2020)

(Nivel Bronce)

|                                             |                                                                                                             |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible médico anual                      | <b>Individual:</b> \$6,750; <b>Familiar:</b> \$13,500                                                       |
| Coseguro médico                             | Coseguro del 0%                                                                                             |
| Deducible anual para medicamentos recetados | <b>Individual:</b> Integrado con el deducible médico;<br><b>Familiar:</b> Integrado con el deducible médico |
| Coseguro para medicamentos recetados        | Integrado con el coseguro médico                                                                            |
| Máximo anual de su propio bolsillo          | <b>Individual:</b> \$6,750; <b>Familiar:</b> \$13,500                                                       |

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [Ambetter.mhsindiana.com](http://Ambetter.mhsindiana.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter de MHS están dentro de la red.

| Servicios de emergencia                                 | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red                 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| Servicios en la sala de emergencia                      | Sin costo después del deducible              | Sin costo después del deducible |
| Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre) | Sin costo después del deducible              | Sin costo después del deducible |
| Atención médica de urgencia                             | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos              |

| Servicios de proveedores                                                                                 | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano                                | Sin costo                                    | No están cubiertos |
| Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad y maternidad                             | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)                           | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)                                                                      | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas                                                        | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Análisis de diagnóstico* Análisis de laboratorio/Otro (es decir, electrocardiograma, prueba de esfuerzo) | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |

| Servicios para pacientes internados y ambulatorios                                                           | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)   | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado                                     | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p. ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios) | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Médico cirujano/Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios                                            | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |

| Otros servicios médicos                                                                                        | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)      | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |

| Vista pediátrica                                | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100%                                | No están cubiertos |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año)         | Cubierto 100%                                | No están cubiertos |
| Lentes (por par)                                | Cubierto 100%                                | No están cubiertos |

| Medicamentos recetados              | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Genéricos*                          | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Medicamentos de marca preferidos    | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Medicamentos de marca no preferidos | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |
| Medicamentos especializados         | Sin costo después del deducible              | No están cubiertos |

\* 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 ampliado. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. 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.mhsindiana.com](http://Ambetter.mhsindiana.com).

### Declaración de no discriminación

Ambetter de MHS 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 MHS no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de MHS:

- 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 MHS a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

Si considera que Ambetter de MHS 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 MHS, Grievance & Appeals Department, PO Box 441567, Indianapolis, IN 46244, 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333), Fax 1-866-714-7993. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de MHS 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>.



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>            | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de MHS, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                                            |
| <b>Chinese:</b>            | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from MHS 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 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>German:</b>             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from MHS 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 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) an.                                   |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from MHS, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                      |
| <b>Burmese:</b>            | သင် သို့မဟုတ် သင်မှတူညီနေသူတစ်ဦးက Ambetter from MHS အကြောင်း မေးရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာ စကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။                                       |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from MHS، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                                                                                     |
| <b>Korean:</b>             | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from MHS 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)로 전화하십시오.                                                                                                                              |
| <b>Vietnamese:</b>         | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from MHS, 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 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                                    |
| <b>French:</b>             | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from MHS, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                      |
| <b>Japanese:</b>           | Ambetter from MHS 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、1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) までお電話ください。                                                                                                                                                                         |
| <b>Dutch:</b>              | Als u of iemand die u helpt vragen heeft over Ambetter from MHS, hebt u recht op gratis hulp en informatie in uw taal. Bel 1-877 687-1182 (TTY/TDD (teksttelefoon) 1-800 743-3333) om met een tolk te spreken.                                                                                               |
| <b>Tagalog:</b>            | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from MHS, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                     |
| <b>Russian:</b>            | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from MHS вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333). |
| <b>Punjabi:</b>            | ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from MHS ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।                                                                             |
| <b>Hindi:</b>              | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from MHS के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुआबिधे से बात करने के लिए 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।                                                       |