



ambetter.

FROM  **celticare health.**

# Ambetter

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*CeltiCare Health delivers quality healthcare solutions that help Massachusetts 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 CeltiCare Health, 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. CeltiCare Health 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 from CeltiCare Health 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.



### Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams.



### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage also available.



### 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.



### Integrated Care Management

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



### Gym Reimbursement Program

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy.



### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.

To learn more about Ambetter from CeltiCare Health plans, visit [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](https://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) or call CeltiCare Member Services at 1-877-687-1186 (TTY/TDD: 1-877-941-9234). Ambetter from CeltiCare Health is a Qualified Health Plan issuer in the Massachusetts Health Insurance Marketplace and 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 special programs and rewards.

---



### **My Health Pays™ - Earn up to \$125.**

Ambetter from CeltiCare Health rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$125 on your My Health Pays card for:

- Completing your online Welcome Survey (\$50)
- Getting your Annual Wellness Exam (\$50)
- Getting your Annual Flu Vaccine (\$25)

Use your card to pay for out-of-pocket costs such as doctor copays, deductibles or monthly premium payments.



### **Wellness Program Reimbursement**

Ambetter's wellness program benefits make it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn \$20 for every month you visit the gym of your choice at least eight times, or receive reimbursement for a pair of running shoes.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country. Just visit [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) to find an eligible gym in your area.
- Get reimbursement of the registration fee and weekly dues for participating in a 12-week Weight Watchers® Traditional or At-Work program.

**Enroll today! Call 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234) or visit [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com). Text MASSACHUSETTS 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: [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com)

# Ambetter Balanced Care 1 + Vision & Dental

(formerly Silver 1)

|                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Medical & Prescription Drug Annual Deductible | <b>Individual:</b> \$2,000; <b>Family:</b> \$4,000  |
| Maximum Annual Out-of-pocket                  | <b>Individual:</b> \$6,350; <b>Family:</b> \$12,700 |

**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.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) and select “Find a Provider” in the main menu. Providers listed in Ambetter from CeltiCare Health online directory are in-network.

| Emergency Services                                 | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Emergency Room Services                            | \$350 copay after annual deductible   | Covered        | Yes                   |
| Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground) | \$0 copay after annual deductible     | Covered        | Yes                   |
| Urgent Care                                        | \$100 copay                           | Not Covered    | No                    |

| Provider Services                                               | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby              | No Charge                             | Not Covered    | No                    |
| Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity  | \$30 copay                            | Not Covered    | No                    |
| Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care) | \$50 copay                            | Not Covered    | No                    |
| Imaging (CT/PET Scans, MRIs)                                    | \$400 copay after annual deductible   | Not Covered    | Yes                   |
| X-rays & Diagnostic Imaging                                     | \$0 copay after annual deductible     | Not Covered    | Yes                   |

| Inpatient & Outpatient Services                                                      | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Inpatient Hospital Services (Includes Mental Health & Substance Abuse and Maternity) | \$0 copay after annual deductible     | Not Covered    | Yes                   |
| Inpatient Hospital Fee                                                               | \$1,000 copay after annual deductible | Not Covered    | Yes                   |
| Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)                             | \$750 copay after annual deductible   | Not Covered    | Yes                   |
| Outpatient Surgery Physician/Surgical Services                                       | \$0 copay after annual deductible     | Not Covered    | Yes                   |
| Laboratory Outpatient & Professional Services                                        | \$0 copay after annual deductible     | Not Covered    | Yes                   |

| Other Medical Services                                                                      | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Mental/Behavioral Health & Substance Abuse Disorder Outpatient Services                     | \$30 copay                            | Not Covered    | No                    |
| Rehabilitative Speech Therapy/Rehabilitative Occupational & Rehabilitative Physical Therapy | \$50 copay after annual deductible    | Not Covered    | Yes                   |
| Skilled Nursing Facility                                                                    | \$1,000 copay after annual deductible | Not Covered    | Yes                   |

| Pediatric & Adult Vision                        | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Routine Eye Exam (1 visit per year)             | 100% covered after \$20 copay         | Not Covered    | No                    |
| Eyeglasses (frames and lenses, 1 item per year) | 100% covered after \$20 copay         | Not Covered    | No                    |
| Contact Lenses (in lieu of glasses)             | Covered up to \$130 after \$20 copay  | Not Covered    | No                    |

| Prescription Drugs        | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network | Subject to Deductible |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Generics                  | \$20 copay*                           | Not Covered    | No                    |
| Preferred Brand Drugs     | \$40 copay                            | Not Covered    | No                    |
| Non-preferred Brand Drugs | \$70 copay                            | Not Covered    | No                    |
| Specialty Drugs           | \$70 copay                            | Not Covered    | No                    |

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.  
 Information shown represents a 70% Actuarial Value. Our Ambetter 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 *Words to Know* page on [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com).

**Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com • 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234)**



# Ambetter Balanced Care 1 + Vision & Dental

(formerly Silver 1)

## HD Dental Services

| Under Age 19 Benefits & Annual Deductibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Your Cost (In-Network Providers only)         | Out-of-network                                | Subject to Deductible |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| Annual Deductible Type II & Type III Services Only                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Individual:</b> \$50; <b>Family:</b> \$150 | <b>Individual:</b> \$50; <b>Family:</b> \$150 |                       |
| Annual Maximum per person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/A                                           | N/A                                           |                       |
| Enrollee Maximum Out-of-pocket                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$1,000                                       | N/A                                           |                       |
| <b>Type I Services: Preventive &amp; Diagnostic</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprehensive Evaluation - Once per lifetime per patient per provider or location</li> <li>Periodic Oral Exams/Limited Oral Evaluations - 2 per 12 months per patient</li> <li>Full Mouth X-rays - Once per 36 months per patient per provider or location</li> <li>Panoramic X-rays - Once every 36 months per patient per provider or location</li> <li>Bitewing X-rays - 2 per 12 months per patient</li> <li>Single Tooth X-rays - Maximum of one per visit</li> <li>Teeth Cleaning - 2 per 12 months per patient, includes minor scaling procedures</li> <li>Fluoride Treatments - Once per day per patient per provider per location</li> <li>Space Maintainers</li> <li>Sealants - Once per 3 years per patient per tooth per provider or location. Sealants are not covered on previously restored tooth surfaces.</li> </ul>                                                | \$0                                           | 20%                                           | No                    |
| <b>Type II Services: Basic Covered Services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amalgam Restorations - Once per 12 months per tooth surface per patient</li> <li>Composite Resin Restorations - Once per 12 months per tooth surface per patient. For primary, posterior teeth reimbursement for a composite restoration should not exceed the reimbursement for an amalgam restoration.</li> <li>Root canals on permanent teeth - Once per lifetime per tooth</li> <li>Prefabricated Stainless Steel Crowns - Once per lifetime per tooth</li> <li>Periodontal Scaling and Root Planing - Once per 36 months per patient</li> <li>Simple Extractions - Once per lifetime per tooth, erupted or exposed root</li> <li>Surgical Extractions - Once per lifetime per tooth, removal of completely bony impacted tooth requires prior authorization</li> <li>General Anesthesia &amp; Intravenous Conscious Sedation - Allowed on covered surgical services only</li> </ul> | 25%                                           | 45%                                           | Yes                   |
| <b>Type III Services: Major Restorative Services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Crown, resin - Once per 60 months per tooth</li> <li>Crowns, porcelain/ceramic - Once per 60 months per tooth</li> <li>Crowns, porcelain fused to metal/noble/high noble crowns - Once per 60 months per tooth</li> <li>Partial &amp; complete dentures - Once per 84 months</li> <li>Reline or rebase partial or complete denture - Once per 24 months per patient</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 50%                                           | 70%                                           | Yes                   |
| <b>Type IV Services: Orthodontia</b><br>Covered only when medically necessary; patient must have severe and handicapping malocclusion as defined by HLD index score of 28 and/or one or more auto qualifiers; requires prior authorization.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 50%                                           | 50%                                           | No                    |



# Ambetter Balanced Care 1 + Vision & Dental

(formerly Silver 1)

## HD Dental Services

| Age 19 and Over Benefits & Annual Deductibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Your Cost (In-Network Providers only)         | Out-of-network                                | Subject to Deductible |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| Annual Deductible Type II & Type III Services Only                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Individual:</b> \$50; <b>Family:</b> \$150 | <b>Individual:</b> \$50; <b>Family:</b> \$150 |                       |
| Annual Maximum per person                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$1,250                                       | \$1,250                                       |                       |
| Enrollee Maximum Out-of-pocket                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N/A                                           | N/A                                           |                       |
| <b>Type I Services: Preventive &amp; Diagnostic</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprehensive Evaluation - Once every 60 months per dentist</li> <li>Periodic Oral Exams - 2 per 12 months per patient</li> <li>Full Mouth X-rays - Once every 60 months per patient</li> <li>Bitewing X-rays - Once every 6 months per patient</li> <li>Single Tooth X-rays - As needed</li> <li>Teeth Cleaning - 2 per 12 months per patient</li> <li>Periodontal Cleaning - Once every 3 months following active periodontal treatment, not to exceed 2 in 12 month period if combined with preventive cleanings</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                           | 20%                                           | No                    |
| <b>Type II Services: Basic Covered Services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Silver Fillings - Once every 24 months per surface per tooth</li> <li>White Fillings - Once every 24 months per surface per tooth on front teeth</li> <li>Temporary Fillings - Once per tooth</li> <li>Oral Surgical Benefits not provided when rendered in a surgical day care or hospital setting</li> <li>Simple Extractions</li> <li>Root canals on permanent teeth - Once per lifetime per tooth</li> <li>Periodontal Surgery - Once per quadrant every 36 months</li> <li>Scaling and Root Planing - Once per quadrant every 24 months</li> <li>Vital Pulpotomy - Limited to deciduous teeth</li> <li>Bridge or Denture Repair - Once every 24 months, same repair</li> <li>Rebase or reline of Dentures - Once every 36 months</li> <li>Recement Crowns and Onlays - Once per tooth</li> <li>Minor treatment for pain relief - 3 occurrences in 12 months</li> </ul> | 25%                                           | 45%                                           | Yes                   |
| <b>Type III Services: Major Restorative Services (Six Month Waiting Period)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Partial &amp; Complete Dentures - Once per 84 months</li> <li>Fixed Bridges &amp; Crowns (when part of a bridge) - Once every 84 months</li> <li>Crowns (when teeth cannot be restored with regular fillings) - Once every 84 months per tooth</li> <li>General Anesthesia - Allowed with covered surgical services only</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 50%                                           | 70%                                           | Yes                   |



ambetter.



# Ambetter

## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*CeltiCare Health ofrece soluciones de atención médica de calidad que ayudan a los residentes de Massachusetts 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 CeltiCare Health, 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.

CeltiCare Health es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarlo a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter de CeltiCare Health, 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.



**Cobertura dental** - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes.



**Cobertura para la vista** - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. También hay disponible cobertura para la vista opcional para adultos.



**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.



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



**Programa de reembolso para gimnasio** - El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano.



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

Para obtener más información acerca de Ambetter de los planes de salud de CeltiCare Health, visite [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](https://www.Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) o llame a Servicios para los miembros de CeltiCare Health al **1-877-687-1186** (TTY/TDD: 1-877-941-9234). Ambetter de CeltiCare Health es una empresa que ofrece Planes de salud autorizados en el Mercado de seguros de salud de Massachusetts y no discrimina en base a 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 programas especiales y recompensas.



## **My Health Pays™ - Gane hasta \$125.**

Ambetter de CeltiCare Health recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$125 en su tarjeta de My Health Pays por:

- Completar su Cuestionario de bienvenida en línea (\$50)
- Hacerse su Examen anual de bienestar (\$50)
- Recibir su vacuna antigripal anual (\$25)

Use su tarjeta para pagar por costos de su propio bolsillo como por ejemplo copagos al médico, deducibles o pagos de la prima mensual.



## **Reembolso del programa de bienestar**

Los programas de bienestar de Ambetter hacen más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 por cada mes que vaya al gimnasio de su elección al menos ocho veces, o recibir reembolso para un par de zapatillas para correr.
- Obtener descuentos en la cuota de membresía de un gimnasio en las ubicaciones aprobadas. Nos hemos asociado con gimnasios y clubes de salud en todo el país. Simplemente visite [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) para encontrar un gimnasio elegible en su área.
- Obtener reembolso de la cuota de inscripción y cuotas semanales por participar en un programa de 12 semanas de Weight Watchers® Tradicional o *At Work* (en el trabajo).

**¡Inscríbese Hoy! Llame al 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234) o visite [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com). Envíe un mensaje con la palabra MASSACHUSETTS 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: [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com)



# Ambetter Balanced Care 1 + Vista y dental

(anteriormente Silver 1)

|                                                      |                                                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Deducible anual médico y para medicamentos recetados | <b>Individual:</b> \$2,000; <b>Familiar:</b> \$4,000  |
| Máximo anual de su propio bolsillo                   | <b>Individual:</b> \$6,350; <b>Familiar:</b> \$12,700 |

**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.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter from CeltiCare Health 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 \$350 después del deducible anual  | Cubierto           | Sí                 |
| Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre) | Copago de \$0 después del deducible anual    | Cubierto           | Sí                 |
| Atención médica de urgencia                             | Copago de \$100                              | No están cubiertos | No                 |

## Servicios de proveedores

|                                                                                    |                                             |                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|----|
| Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano          | Sin costo                                   | No están cubiertos | No |
| Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad | Copago de \$30                              | No están cubiertos | No |
| Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)     | Copago de \$50                              | No están cubiertos | No |
| Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)                                                | Copago de \$400 después del deducible anual | No están cubiertos | Sí |
| Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas                                  | Copago de \$0 después del deducible anual   | No están cubiertos | Sí |

## Servicios para pacientes internados y ambulatorios

|                                                                                                              |                                               |                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|----|
| Servicios como pacientes internados en el hospital (incluye salud mental y abuso de sustancias y maternidad) | Copago de \$0 después del deducible anual     | No están cubiertos | Sí |
| Centro para pacientes internados en el hospital                                                              | Copago de \$1,000 después del deducible anual | No están cubiertos | Sí |
| Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)  | Copago de \$750 después del deducible anual   | No están cubiertos | Sí |
| Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos                                                        | Copago de \$0 después del deducible anual     | No están cubiertos | Sí |
| Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales                                            | Copago de \$0 después del deducible anual     | No están cubiertos | Sí |

## Otros servicios médicos

|                                                                                                                |                                               |                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|----|
| Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias | Copago de \$30                                | No están cubiertos | No |
| Terapia para rehabilitación del habla/terapia ocupacional y física de rehabilitación                           | Copago de \$50 después del deducible anual    | No están cubiertos | No |
| Institución de enfermería especializada                                                                        | Copago de \$1,000 después del deducible anual | No están cubiertos | No |

## Visión pediátrica y de adultos

|                                                  |                                                   |                    |    |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------|----|
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)  | 100% cubierto después de un copago de \$20        | No están cubiertos | No |
| Anteojos (monturas y lentes, 1 artículo por año) | 100% cubierto después de un copago de \$20        | No están cubiertos | No |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)        | Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20 | No están cubiertos | No |

## Medicamentos recetados (Medicamentos recetados disponibles por pedido por correo con un suministro de 90 días)

|                                     |                 |                    |    |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|----|
| Genéricos                           | Copago de \$20* | No están cubiertos | No |
| Medicamentos de marca preferidos    | Copago de \$40  | No están cubiertos | No |
| Medicamentos de marca no preferidos | Copago de \$70  | No están cubiertos | No |
| Medicamentos especializados         | Copago de \$70  | No están cubiertos | No |

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

La información mostrada representa un 70% del valor actuarial. Nuestros planes de Ambetter 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 Palabras que se deben conocer en [Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com).

**[Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com](http://Ambetter.CeltiCareHealthPlan.com) • 1-877-687-1186 (TDD/TTY: 1-877-941-9234)**



# Ambetter Balanced Care 1 + Vista y dental

(anteriormente Silver 1)

## Servicios dentales HD

| Beneficios y deducibles anuales para menores de 19 años de edad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Su costo (solo Proveedores dentro de la red)    | Fuera de la red                                 | Sujeto a deducible |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|
| Deducible anual para servicios tipo II y tipo III solamente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Individual:</b> \$50; <b>Familiar:</b> \$150 | <b>Individual:</b> \$50; <b>Familiar:</b> \$150 |                    |
| Máximo anual por persona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A                                             | N/A                                             |                    |
| Máximo del propio bolsillo del afiliado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,000                                         | N/A                                             |                    |
| <b>Servicios tipo I Preventivos y de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación completa - Una vez por toda la vida por paciente por proveedor o lugar</li> <li>Exámenes orales periódicos/Evaluación oral limitada - 2 por 12 meses por paciente</li> <li>Radiografías de la boca completa - Una vez por 36 meses por paciente por proveedor o lugar</li> <li>Radiografías panorámicas - Una vez cada 36 meses por paciente por proveedor o lugar</li> <li>Radiografías con aleta mordida - 2 por 12 meses por paciente</li> <li>Radiografías de un solo diente - Máximo de una por visita</li> <li>Limpieza dental - 2 por 12 meses por paciente, incluye procedimientos menores de eliminación profunda del sarro</li> <li>Tratamientos con flúor - Una vez por día por paciente por proveedor por lugar</li> <li>Mantenedores de espacio</li> <li>Sellos - Una vez por 3 años por paciente por diente por proveedor o lugar. Los sellos no están cubiertos en superficies dentales previamente restauradas.</li> </ul>                                                                                         | \$0                                             | 20%                                             | No                 |
| <b>Servicios tipo II: Servicios básicos cubiertos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Restauraciones de amalgama - Una vez por 12 meses por superficie dental por paciente</li> <li>Restauraciones con resina compuesta - Una vez por 12 meses por superficie dental por paciente. Para dientes primarios posteriores, el reembolso por una restauración compuesta no debería exceder el reembolso por una restauración de amalgama.</li> <li>Endodoncias en dientes permanentes - Una vez por toda la vida por diente</li> <li>Coronas prefabricadas de acero inoxidable - Una vez por toda la vida por diente</li> <li>Eliminación profunda del sarro periodóntico y alisamiento de las raíces - Una vez por 36 meses por paciente</li> <li>Extracciones simples - Una vez por toda la vida por diente, raíz brotada o expuesta</li> <li>Extracciones quirúrgicas - Una vez por toda la vida por diente, la extracción de un diente completamente impactado en el hueso requiere autorización previa</li> <li>Anestesia general y sedación intravenosa consciente - Permitida solo en servicios quirúrgicos cubiertos</li> </ul> | 25%                                             | 45%                                             | Sí                 |
| <b>Servicios tipo III: Servicios restauradores importantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Corona, resina - Una vez por 60 meses por diente</li> <li>Coronas, porcelana/cerámica - Una vez por 60 meses por diente</li> <li>Coronas, porcelana fundida a metal/noble/coronas altamente nobles - Una vez por 60 meses por diente</li> <li>Dentaduras postizas completas y parciales - Una vez por 84 meses</li> <li>Recubrimiento o rebasado de dentaduras postizas parciales o completas - Una vez por 24 meses por paciente</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 50%                                             | 70%                                             | Sí                 |
| <b>Servicios tipo IV: Ortodoncia</b><br>Cubierta solo cuando es necesaria desde el punto de vista médico; los pacientes deben tener maloclusión grave y discapacitante según lo define la puntuación del índice HLD de 28 y/o uno o más autocalificadores; requieren autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50%                                             | 50%                                             | No                 |



# Ambetter Balanced Care 1 + Vista y dental

(anteriormente Silver 1)

## Servicios dentales HD

| Beneficios y deducibles anuales para 19 años de edad y mayores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Su costo (solo Proveedores dentro de la red)    | Fuera de la red                                 | Sujeto a deducible |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|
| Deducible anual para servicios tipo II y tipo III solamente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Individual:</b> \$50; <b>Familiar:</b> \$150 | <b>Individual:</b> \$50; <b>Familiar:</b> \$150 |                    |
| Máximo anual por persona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,250                                         | \$1,250                                         |                    |
| Máximo del propio bolsillo del afiliado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                                             | N/A                                             |                    |
| <b>Servicios tipo I Preventivos y de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación completa - Una vez cada 60 meses por dentista</li> <li>Exámenes orales periódicos - 2 por 12 meses por paciente</li> <li>Radiografías de la boca completa - Una vez cada 60 meses por paciente</li> <li>Radiografías con aleta mordida - Una vez cada 6 meses por paciente</li> <li>Radiografías de un solo diente - Según sea necesario</li> <li>Limpiezas dentales - 2 por 12 meses por paciente</li> <li>Limpiezas periodónticas - Una vez cada 3 meses después del tratamiento periodóntico activo, sin exceder 2 en un periodo de 12 si se combina con limpiezas preventivas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0                                             | 20%                                             | No                 |
| <b>Servicios tipo II: Servicios básicos cubiertos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Empastes de plata - Una vez cada 24 meses por superficie por diente</li> <li>Empastes blancos - Una vez cada 24 meses por superficie por diente en los dientes delanteros</li> <li>Empastes temporales - Una vez por diente</li> <li>Beneficios quirúrgicos orales que no se brindan cuando se prestan en un entorno quirúrgico durante el día u hospitalario</li> <li>Extracciones simples</li> <li>Endodoncias en dientes permanentes - Una vez por toda la vida por diente</li> <li>Cirugía periodóntica - Una vez por cuadrante cada 36 meses</li> <li>Eliminación profunda del sarro y alisamiento de raíces - Una vez por cuadrante cada 24 meses</li> <li>Pulpotomía vital - Limitado a dientes deciduos</li> <li>Reparación de puente o dentadura postiza - Una vez cada 12 meses, misma reparación</li> <li>Rebasado o recubrimiento de dentaduras postizas - Una vez cada 36 meses</li> <li>Recementación de coronas e incrustaciones - Una vez por diente</li> <li>Tratamiento menor para el alivio del dolor - 3 ocurrencias en 12 meses</li> </ul> | 25%                                             | 45%                                             | Sí                 |
| <b>Servicios tipo III: Servicios mayores de restauración (período de espera de seis meses)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentaduras postizas parciales y completas - Una vez por 84 meses</li> <li>Arreglo de puentes y coronas (cuando son parte de un puente) - Una vez cada 84 meses</li> <li>Coronas (cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes regulares) - Una vez cada 84 meses por diente</li> <li>Anestesia general - Permitida con servicios quirúrgicos cubiertos solamente</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50%                                             | 70%                                             | Sí                 |