



YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

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

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

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

beyond the doctor's office and into your everyday life. Ambetter of Arkansas is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

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



Comprehensive Medical Care

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



My Health Pays™ Program

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



Optional Adult 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, visit AmbetterofArkansas.com.

Ambetter of Arkansas is underwritten by Arkansas Health & Wellness Solutions, a Qualified Health Plan issuer in the Arkansas 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 of Arkansas 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.



Gym Membership Benefits

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn \$20 on your My Health Pays card every month you visit the gym of your choice at least eight times.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country. Just visit AmbetterofArkansas.com to find an eligible gym in your area.

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

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

Ambetter Essential Care 2 with 3 Free PCP Visits + Vision & Adult Dental

(formerly Bronze 2)

	In-Network	Out-of-Network
Medical & Prescription Drug Annual Deductible	Individual: \$6,000; Family: \$12,000	Individual: \$12,000; Family: \$24,000
Medical Coinsurance	60/40% after annual deductible	40/60% after annual deductible*
Prescription Drug Coinsurance	60/40% after annual deductible	Not Covered
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$6,350; Family: \$12,700	Individual: \$12,500; Family: \$25,000

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

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers only)	Out-of-Network	Subject to Deductible
Emergency Room Services	40% coinsurance after annual deductible	40% coinsurance after annual deductible	Yes
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	40% coinsurance after annual deductible	40% coinsurance after annual deductible	Yes
Urgent Care	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes

Provider Services

Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No Charge	60% coinsurance	No
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity (3 free visits per person, 4th visit and after are subject to annual deductible and coinsurance)	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
X-rays & Diagnostic Imaging	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes

Inpatient & Outpatient Services

All Inpatient Hospital Services (Includes Mental Health & Substance Abuse and Maternity)	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Laboratory Outpatient & Professional Services	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes

Other Medical Services

Mental/Behavioral Health & Substance Abuse Disorder Outpatient Services	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Rehabilitative Speech Therapy/Rehabilitative Occupational & Rehabilitative Physical Therapy	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes
Skilled Nursing Facility	40% coinsurance after annual deductible	60% coinsurance after annual deductible	Yes

Pediatric Vision

Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$38.50 after \$20 copay	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$50 after \$20 copay	No
Lenses-Single (per pair)	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$37.50 after \$20 copay	No

Prescription Drugs

Generics	\$25 copay**	Not Covered	No
Preferred Brand Drugs	\$50 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Non-preferred Brand Drugs	\$100 copay after annual deductible	Not Covered	Yes
Specialty Drugs	40% coinsurance after annual deductible, \$350 maximum per prescription	Not Covered	Yes

*Emergency Transportation/Ambulance covered at 40% coinsurance.

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

Information shown represents a Limited Cost Sharing Plan. You must meet certain eligibility requirements to purchase this plan. Our Ambetter plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on AmbetterofArkansas.com.

Ambetter Essential Care 2 with 3 Free PCP Visits + Vision & Adult Dental

(formerly Bronze 2)

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 after \$20 copay	Covered up to \$38.50 after \$20 copay	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% covered after \$20 copay	Covered up to 50 after \$20 copay	No
Lenses (per pair):			
Single	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$37.50 after \$20 copay	No
Bifocal	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$55 after \$20 copay	No
Trifocal	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$75 after \$20 copay	No
Lenticular	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$75 after \$20 copay	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$91 after \$20 copay	No
Contact lens fitting	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$26.60 after \$20 copay	No
Specialty lens fitting	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$35 after \$20 copay	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 after \$20 copay	Covered up to \$38.50 after \$20 copay	No
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	Covered up to \$130 after \$20 copay	Covered up to 50 after \$20 copay	No
Lenses (per pair):			
Single	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$37.50 after \$20 copay	No
Bifocal	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$55 after \$20 copay	No
Trifocal	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$75 after \$20 copay	No
Lenticular	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$75 after \$20 copay	No
Contact Lenses:			
Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130 after \$20 copay	Covered up to \$91 after \$20 copay	No
Contact lens fitting	100% covered after \$20 copay	Covered up to \$26.60 after \$20 copay	No
Specialty lens fitting	Covered up to \$50 after \$20 copay	Covered up to \$35 after \$20 copay	No

*Adult routine vision does not apply to plan maximum.

Ambetter Essential Care 2 with 3 Free PCP Visits + Vision & Adult Dental

(formerly Bronze 2)

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
---------------------------------	--

Basic 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

Comprehensive 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
Endodontics:			
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
Alveoloplasty	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	No
Prosthodontics:			
Relines (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	70% coinsurance, subject to Annual Maximum	
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.

***Please note Comprehensive Dental Benefits (class 2) are subject to a six month waiting period until services can be rendered.



SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

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

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

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

allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria.

Ambetter of Arkansas es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarle a vivir bien.

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



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



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



Cobertura dental opcional para adultos - 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, visite [AmbetterofArkansas.com](https://www.AmbetterofArkansas.com).

Ambetter of Arkansas está asegurada por Arkansas Health & Wellness Solutions, una empresa que ofrece Planes de salud autorizados en el Mercado de seguros de salud de Arkansas 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 of Arkansas 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.



Beneficios para membresía de gimnasio

El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 en su tarjeta de My Health Pays por cada mes que visite el gimnasio que usted elija, al menos ocho veces.
- Obtener descuentos en cuotas de membresía de gimnasio en lugares aprobados. Simplemente visite AmbetterofArkansas.com para encontrar un gimnasio elegible en su área.

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

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

Ambetter Essential Care 2 con 3 visitas al PCP gratuitas + Vista y dental para adultos

(anteriormente Bronze 2)

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual médico y para medicamentos recetados	Individual: \$6,000; Familiar: \$12,000	Individual: \$12,000; Familiar: \$24,000
Coseguro médico	60/40% después del deducible anual	40/60% después del deducible anual*
Coseguro para medicamentos recetados	60/40% después del deducible anual	No están cubiertos
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$6,350; Familiar: \$12,700	Individual: \$12,500; Familiar: \$25,000

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

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
Servicios en la sala de emergencia	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 40% después del deducible anual	Sí
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 40% después del deducible anual	Sí
Atención médica de urgencia	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí

Servicios de proveedores

Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	Coseguro del 60%	No
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad (3 visitas gratuitas por persona, 4.a visita y subsiguientes están sujetas a deducible anual y coseguro)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí

Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Todos los servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye salud mental y abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí

Otros servicios médicos

Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Terapia para rehabilitación del habla/terapia ocupacional y física de rehabilitación	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 40% después del deducible anual	Coseguro del 60% después del deducible anual	Sí

Vista pediátrica

Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$38.50 después de un copago de \$20	No
Anteos (monturas, 1 artículo por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$50 después de un copago de \$20	No
Lentes-Simple (por par)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$37.50 después de un copago de \$20	No

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

Genéricos	Copago de \$25**	No están cubiertos	No
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100 después del deducible anual	No están cubiertos	Sí
Medicamentos especializados	Coseguro del 40% después del deducible anual, \$350 máximo por receta	No están cubiertos	Sí

*Servicios de centros para pacientes ambulatorios y de médico cirujano/quirúrgicos para pacientes ambulatorios cubiertos al 40%.

**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 limitado. Debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad para comprar este plan. Nuestros planes de Ambetter no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones. Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en AmbetterofArkansas.com.

Ambetter Essential Care 2 con 3 visitas al PCP gratuitas + Vista y dental para adultos

(anteriormente Bronze 2)

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)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$38.50 después de un copago de \$20	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$50 después de un copago de \$20	No
Lentes (por par):			
Simple	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$37.50 después de un copago de \$20	No
Bifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$55 después de un copago de \$20	No
Trifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$75 después de un copago de \$20	No
Lenticular	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$75 después de un copago de \$20	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$91 después de un copago de \$20	No
Ajuste de lentes de contacto	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$26.60 después de un copago de \$20	No
Ajuste de lentes especializados	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$35 después de un copago de \$20	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)	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$38.50 después de un copago de \$20	No
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$50 después de un copago de \$20	No
Lentes (por par):			
Simple	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$37.50 después de un copago de \$20	No
Bifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$55 después de un copago de \$20	No
Trifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$75 después de un copago de \$20	No
Lenticular	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$75 después de un copago de \$20	No
Lentes de contacto:			
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$91 después de un copago de \$20	No
Ajuste de lentes de contacto	100% cubierto después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$26.60 después de un copago de \$20	No
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta \$50 después de un copago de \$20	Cubierto hasta \$35 después de un copago de \$20	No

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

Ambetter Essential Care 2 con 3 visitas al PCP gratuitas + Vista y dental para adultos

(anteriormente Bronze 2)

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 básico (Clase 1)	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
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 completo (Clase 2)***	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red	Sujeto a deducible
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
Endodoncia:			
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 periodontico (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
Prostodoncia:			
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.

***Tenga en cuenta que los Beneficios Dentales Completos (clase 2) están sujetos a un periodo de espera de seis meses hasta que se puedan prestar los servicios.