



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita <https://Ambetter.mhsindiana.com/2020-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                    | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                    | \$3,250 individual / \$6,500 Familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> general de la familia.                                                                                  |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?       | Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , atención primaria, <u>especialistas</u> y visitas a la oficina de <u>atención de urgencia</u> , exámenes oculares y anteojos de niños, trabajo de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>los servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?              | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios <u>específicos</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ? | Para <u>proveedores de red</u> : \$6,500 individual / \$13,000 Familia. No, para <u>proveedores</u> que no son de red.                                                                                                                                                                                                   | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de su bolsillo</u> hasta que se haya cumplido con el límite general de <u>gastos de la familia</u> .                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?                            | <u>Primas</u> , <u>cargos por facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.                                                                                                                                                                                                                  | A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el <u>límite de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Preguntas importantes                                                                   | Respuestas                                                                                                                             | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Consulte <a href="#">Buscar un proveedor</a> o llame 1-877-687-1182 para obtener una lista de proveedores de <a href="#">red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y puede recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que el proveedor de <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.                                                                                                                                    | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin <a href="#">una referencia</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



Todos los costos de [copago](#) and [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#) si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes                                                  | Servicios que podría necesitar                                                     | Lo que usted paga                                                                                                                                                                                           |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                                                                             | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$20 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                | No cubierto                                           | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                | No cubierto                                           | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo/</a> vacuna                      | Sin cargo                                                                                                                                                                                                   | No cubierto                                           | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | \$25 <a href="#">Copay</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <a href="#">deducible</a> ); 40% <a href="#">Coseguro</a> para rayos X e imágenes diagnósticas | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles. |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                       |

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                       | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                                     |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                               |                                                                | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                       | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | venta al por menor: \$20 <u>Copago</u> / receta;<br>Pedido por correo: \$50 <u>Copago</u> / receta;<br><u>deducible</u> no se aplica  | No cubierto                                           | Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.                                                 |
|                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                    | venta al por menor: \$50 <u>Copago</u> / receta;<br>Pedido por correo: \$125 <u>Copago</u> / receta;<br><u>deducible</u> no se aplica | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | 50% <u>Coseguro</u>                                                                                                                   | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | 50% <u>Coseguro</u>                                                                                                                   | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.                                                                                              |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                   | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                 | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                   | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                                        |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted paga                                                                                                                             |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                             |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                         | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                               | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                     |
| Si necesita atención médica inmediata                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>      | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                           | 40% <u>Coseguro</u>                                   | ----Ninguno----                                                                                                                     |
|                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                           | 40% <u>Coseguro</u>                                   | ----Ninguno----                                                                                                                     |
|                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                    | \$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica                                                                                    | No cubierto                                           | ----Ninguno----                                                                                                                     |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                           | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                     |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                           | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                     |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios                                   | \$20 <u>Copago</u> / visita a la oficina (no se aplica el <u>deducible</u> ); 40% <u>Coseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa) |
|                                                                  | Servicios internos                                      | 40% <u>Coseguro</u>                                                                                                                           | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                     |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar                     | Lo que usted paga                                             |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)               | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si está embarazada      | Visitas al consultorio                             | \$20 <u>Copago</u> / visita;<br><u>deducible</u> no se aplica | No cubierto                                           | No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). |
|                         | Servicios de parto profesionales                   | 40% <u>Coseguro</u>                                           | No cubierto                                           | No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). |
|                         | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 40% <u>Coseguro</u>                                           | No cubierto                                           | No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en

<https://api.centene.com/EOC/2020/76179IN011.pdf>

| Eventos médicos comunes                                                              | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                               |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                        | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 100 visitas al año.                                                                                                                                                         |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | 60 visitas ambulatorias por año, 20 visitas ambulatorias por beneficio por año. (Incluyendo el habla, la terapia ocupacional y física). 60 Días de hospitalización por año (incluyendo habla, terapia ocupacional y física) |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 60 visitas al año.                                                                                                                                                          |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 90 días al año en una instalación.                                                                                                                                          |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                             |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                             |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                          | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | 1 visita por año.                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                                    | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | 1 artículo por año.                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                      | Chequeo dental pediátrico                                              | No cubierto                                     | No cubierto                                           | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                           |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |                                                                                        |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .) |                                                                             |                                                                                        |                                  |
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)                                                                                                                    | • Audífonos                                                                 | • Cuidado a largo plazo                                                                | • Programas de pérdida de peso   |
| • Acupuntura                                                                                                                                                                                                      | • Cirugía bariátrica                                                        | • Cuidado ocular de rutina (adulto)                                                    | • Tratamiento de la infertilidad |
| • Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.                                                                                                                                           | • Cirugía estética                                                          | • Odontólogos                                                                          |                                  |
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> document.)                                           |                                                                             |                                                                                        |                                  |
| • Cuidado quiropráctico (limitado a 12 visitas especializadas por año)                                                                                                                                            | • Cuidado rutinario del pie (relacionado con el tratamiento de la diabetes) | • Enfermería de servicio privado (De forma ambulatoria - limitada a 82 visitas al año) |                                  |

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Ambetter from MHS at 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333); Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. 1-317-232-2385 or 1-800-622-4461. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. 1-317 232-2385 or 1-800 622-4461.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?

Si su [plan estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-687-1182, TTY/TDD 877-941-9232

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1182, TTY/TDD 877-941-9232

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-687-1182, TTY/TDD 877-941-9232

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-687-1182, TTY/TDD 877-941-9232

—————Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos..** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$3,250 |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$50    |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 40%     |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 40%     |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Visitas al especialista (*atención prenatal*)
- Servicios de parto profesionales
- Servicios de instalaciones de partos profesionales
- Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
- Visita al especialista (*anestesia*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,800</b> |
|-------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$2,200        |
| Copagos                            | \$700          |
| Coseguro                           | \$3,600        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$6,560</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$3,250 |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$50    |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 40%     |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 40%     |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
- Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
- Medicamentos por recetas
- Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$7,400</b> |
|-------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$1,000        |
| Copagos                            | \$1,900        |
| Coseguro                           | \$700          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,660</b> |

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$3,250 |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$50    |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 40%     |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 40%     |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
- Prueba diagnóstica (*radiografía*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$1,900</b> |
|-------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$1,000        |
| Copagos                            | \$200          |
| Coseguro                           | \$700          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,900</b> |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

### 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, kaw! 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                      |
| <b>Burmese:</b>            | သင် သို့မဟုတ် သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးကွင် 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 ببلغتك من دون أية تكلفة. لتتحدث 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 MHS에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 특역사와 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। ਦੁਆਬੀਏ 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 दुआबिये से बात करने के लिए 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।                                                       |